SIMPOZIONUL JUDEȚEAN

CONȘTIINȚA — ASPECTE PSIHOLOGICE ȘI PSIHOPATOLOGICE

Sovata 23 — 24 octombrie 1981

UNIUNEA SOCIETATILOR
DE STIINTE MEDICALE
FILIALA MURES
SECTIA PSIHIATRIE

DIRECTIA SANITARA
A JUDETULUI MURES

INSTITUTUL DE MEDICINA SI FARMACIE
TIRGU MURES

SIMPOZIONUL JUDETEAN
cu tema

"CONSTIINTA - ASPECTE PSIHOLOGICE SI PSIHOPATOLOGICE"

SOVATA
23 - 24 octombrie 1981
Sala de conferinţe a hotelului "Sovata"

CUVINTUL DE SALUT AL DR. TROZNER FRANCISC,
DIRECTOR ADJUNCT AL DIRECTIEI SANITARE A JUDETULUI MURES

STIMATE TOVARASE, STIMATI TOVARASI,

Permiteţi-mi ca în numele conducerii Direcţiei Sanitare a Jud. Mureş să adresez un călduros salut şi o urare de bun venit participanţilor la Simpozionul Judeţean cu tema "Conştiinţa - aspecte psihologice şi psihopatologice".

Considerăm că şi această manifestare ştiinţifică, prin subiectul pe care îl abordează, subliniază faptul că în centrul politicii P.C.R. se află grija faţă de om, crearea condiţiilor pentru afirmarea plenară a aspiraţiilor sale spre o viaţă modernă şi prosperă, perfecţionarea permanentă a sănătăţii publice, cît şi dezvoltarea dinamică, sănătoasă a populaţiei, paralel cu satisfacerea nevoilor ei de viaţă, latură fundamentală a însăşi politicii de dezvoltare şi înflorire a naţiunii noastre socialiste.

Aşa cum sînt formulate în Legea nr. 3/1978, principalele jaloane ale politicii sanitare - sănătatea mintală ocupînd un loc important în acest complex program,- asistenţa psihiatrică are ca obiectiv major studiul cauzelor şi a dinamicii tulburărilor şi bolilor mintale şi scopul de a le preveni şi trata în funcţie de cunoştinţele şi posibilităţile de organizare a societăţii.

In ultima instanţă, aceste măsuri, în complexul lor, trebuie să permită crearea cadrului şi condiţiilor propice dezvoltării armonioase a personalităţii umane şi în acelaşi timp să reducă sau să înlăture factorii nefavorabili care împiedică sau deviază această dezvoltare.

In structura actuală a morbidităţii, bolile psihice reprezintă o pondere tot mai mare, devin tot mai frecvente în condiţiile vieţii moderne, fiind favorizate de acţiunea îndelungată a unor factori negativi de mediu şi de viaţă.

In condiţiile societăţii moderne, desfăşurarea în ritm accelerat a urbanizării, tehnicizarea, automatizarea, reducerea decalajului dintre munca fizică şi intelectuală, dintre mediul urban şi rural şi măsurile complexe privind asigurarea unei structuri moderne a societăţii, fără de care nu este posibil progresul social, atrage după sine şi o serie de consecinţe defavorabile care contribuie la modificarea structurii morbidităţii în general şi la creşterea dezadaptării şi suferinţelor

psihice în special.

Bolile psihice reprezintă astfel una din principalele probleme de sănătate publică prin frecvența și prin implicațiile economice și sociale.

Gravitatea bolilor psihice este datorată creșterii frecvenței lor, afectării grupelor tinere și productive ale populației, creșterii I.T.M. și a invalidității evoluției îndelungate, precum și diminuării capacităților intelectuale și afective.

Complexitatea problemelor de asistență a bolnavilor psihici impune o intensificare a cercetării științifice și orientarea acesteia spre afecțiunile cu pondere mare în structura morbidității sau cu potențial crescut invalidant.

Conștiința este o construcție psihică sistematică și în continuă mișcare, ea nu se produce de la sine, ci este condiționată de dezvoltarea activității individuale: este un moment al vieții sociale.

Conștiința este astfel funcția sintetică cea mai înaltă al sistemului nervos central prin care putem cunoaște evenimentele corporale și sufletești, iar pe de altă parte impresiile și efectele mediului înconjurător.

Putem spune că conștiința este un complex senzorial integrat care are acel specific că conținutul ei se schimbă în permanență.

Progresul tehnic care a creat cadrul necesar dezvoltării științifice a impus și a permis extinderea studiilor și în domeniul specialității psihiatrice. Motivele care au dus la alegerea temei consfătuirii de astăzi, nu poate să fie altele decît multiplele implicații sociale ale tulburărilor mintale și de comportament.

Cercetarea științifică și dezbaterea aspectelor psihologice și psihopatologice a conștiinței are o importanță teoretică și practică deosebită atît pentru instituirea măsurilor profilactice cît și pentru problemele ce privesc orientarea profesională.

Creierul omului este sediul unei activități metabolice intense - totodată are o sensibilitate sporită față de factorii biologici, fizici și psihosociali stresanți, care pot cauza tulburări ale sistemului nervos central.

Din punct de vedere practic, consfătuirea de astăzi trebuie să dea o orientare nouă prevenirii decompensărilor și tulburărilor psihice prin organizarea unor acțiuni de dispensarizare, menite să coordoneze studiul morbidității, probleme de educație în familie și la locul de muncă, elaborarea măsurilor noi de igienă mintală și de psihoprofilaxie, mai ales în rîndul copiilor și tinerilor. De asemenea trebuie acordată atenție elaborării unei metodologii diferențiate care să realizeze acel echilibru familial în care trebuie să se dezvolte elementele pozitive de carac-

ter în concordanţă cu aptitudinile şi capacitatea de înţelegere a necesităţii instruirii şi a înlăturării factorilor negativi.

Avem convingerea că lucrările simpozionului îşi vor atinge scopul propus. Apreciind şi mulţumind eforturile organizatorilor, cît şi prezenţa participanţilor, în încheiere vă rog să-mi permiteţi încă o dată să urez succes deplin activităţii dvs., rezultate cît mai bune în munca profesională, multă fericire şi sănătate.

...oOo...

LOCUL, ROLUL SI FUNCTIILE VALORILOR SI NORMELOR POLITICE SI ETICE IN SOCIALISM

IOAN MOVILA

Sistemul de norme şi valori este constituit dintr-un ansamblu unitar şi independent de reguli, principii şi sancţiuni cu caracter politic, juridic, civic, moral etc. Prin întreaga lor structură şi finalitate, aceste norme complexe concepute ca un sistem acţional, modelator şi integrator, proiectează, susţine şi optimizează activitatea socială colectivă (de grup) şi individuală. Cu alte cuvinte, indiferent de natura lor şi de sursa de provenienţă, normele sociale au în condiţiile socialismului un rol activ şi reglator asupra comunităţii umane (micro şi macrosocială). Cuprinzînd şi integrînd valori materiale, spirituale şi social-politice, sistemul de valori caracteristic societăţii socialiste are semnificaţii distincte, punîndu-le pe fiecare din acestea într-o ierarhie şi ordine derivată din natura umanistă a societăţii noastre.

Din această perspectivă , o poziţie aparte o au în socialism valorile politice şi morale, care deşi din multe puncte de vedere sînt complementare celorlalte tipuri de valori, rămîn distincte şi ireductibile.

In acest sens, socialismul accentuează rolul valorilor politice în viaţa colectivităţii şi a individului, şi ca urmare a creşterii considerabile a rolului politicului în societate, asistăm la un nou mod de manifestare a omului şi de exercitare a drepturilor şi libertăţilor democratice care-i sînt asigurate.

Ca ansamblu de relaţii, instituţii, idealuri şi aspiraţii social-umane , ca strategii, metode, mijloace şi modele implicate în acţiunea politică, sistemul de valori şi norme politice trebuie analizat într-o manieră concret-istorică, tocmai pentru a evita pericolul unor absolutizări nedorite.

Fără a diminua cîtuşi de puţin importanţa socială a celorlalte tipuri de valori, este necesar să subliniem faptul că valorile politice sînt prioritare. Această prioritate a politicului în raport cu eticul nu trebuie înţeleasă într-un mod unilateral, deoarece plasarea valorilor politice în vîrful ierarhiei nu anulează şi nu restrînge importanţa şi semnificaţia altor categorii de valori. Dimpotrivă, din perspectivă ontologică, valorile, oricare ar fi natura lor, se constituie într-un sistem în care toate elementele sînt simultane, coexistente şi interdependente. Tocmai datorită acestei condiţii existenţiale

a valorilor, ca sistem este grea şi dificilă operaţia analitică de separare a lor ca entităţi distincte. Abordate însă dintr-o perspectivă structural-funcţională deterministă, dialectică, valorile sînt susceptibile de ierarhizare în raport cu rolul pe care-l au în ansamblul societăţii globale.

In acest sens, principalele criterii de diferenţiere sînt determinate de următoarele elemente:

a) natura (conţinutul lor),

b) geneza valorilor,

c) factorii de determinare imediată,

d) puterea de influenţare a comportamentului,

e) suporturile şi mijloacele de susţinere şi legitimare,

f) aria de extindere asupra socialului,

g) gradul de constrîngere şi persuasiune,

h) modalităţile (coercitive sau noncoercitive) prin care se impun socialmente,

i) efectele sociale, individuale şi colective imediate şi de perspectivă pe care le are atitudinea faţă de ele,

j) impactul pe care-l exercită asupra altor valori ca urmare a impulsurilor socialului,

Analizat prin prisma acestor criterii, care oferă o suită de selecţie şi ordonare ierarhică, raportul dintre politic şi etic impune constatarea rolului preponderent şi prioritar al valorilor, principiilor, normelor, rolurilor, sancţiunilor, etc. politice (normativitatea politică) în raport cu normativitatea morală.

Desigur, se pune problema legitimării acestei ierarhi axiologice, lucru dificil cu atît mai mult cu cît prin finalitatea sa orînduirea socialistă tinde spre identificarea politicului cu eticul. Trebuie însă operată o distincţie principală între socialism ca proces istoric complex şi de durată şi finalitatea sa istorică. Din acest punct de vedere, socialismul constituind în realitate un proces şi nu un stadiu oarecare , în sine, raportul dintre normativitatea politică şi normativitatea morală comportă grade diferite de realizare a identităţii de conţinut dintre cele două tipuri de valori.

Pe fondul instituirii fundamentale concretizabilă în aspiraţia imperativă a eticizării politicului, ca expresie mijlocită, multiplu mediată a convertirii politicului în obştesc, în condiţiile actuale ale societăţii noastre, rolul factorului politic, a sistemului acţional şi valoric politic este în creştere. Creşterea rolului funcţional al subsistemu-

lui politic în ansamblul societăţii (societatea globală) nu se realizează în detrimentul altor subsisteme, ci dimpotrivă, vizează tocmai împlinirea, obiectivarea mai eficientă şi durabilă a acestora. Tocmai de aceea, afirmarea prioritară a politicului impune în mod necesar realizarea plenară a valorilor morale. Se instituie la acest nivel un "feed-back" (retroacţiune) între valorile politice şi cele morale în sensul că primele, modificînd cerinţele şi necesităţile esenţiale ale societăţii, stimulează, propulsează şi orientează atitudinea şi comportamentul moral, iar aceasta din urmă exercită un impact stimulator asupra sistemului de valori politice.

In aceeaşi ordine de idei, conceperea şi promovarea normelor sociale, indiferent de natura lor, este un atribut fundamental al sistemului politic societal. Aceasta este determinată de necesitatea cunoaşterii legilor obiective ale dezvoltării sistemului social, a principiilor şi direcţiilor dezvoltării. De aceea, însuşirea şi aplicarea în viaţă a Programului partidului - carta teoretică, ideologică şi politică fundamentală -, adeziunea fermă la sistemul de norme şi valori sociale socialiste constituie o cerinţă esenţială pentru membrii societăţii noastre.

Normele politice şi valorile corespunzătoare sînt mijloace de ocrotire şi promovare a valorilor supreme ale societăţii noastre socialiste: orînduirea de stat socialistă şi direcţiile de dezvoltare a societăţii, independenţa şi suveranitatea statului, unitatea poporului, proprietatea socialistă (de stat şi cooperatistă), patrimoniul cultural-artistic şi tehnico-ştiinţific, proprietatea şi bunurile cetăţenilor, demnitatea şi libertatea persoanelor, ordinea şi liniştea publică etc. Sistemul de norme şi valori politice sînt un bilanţ sau sinteză a unui anumit stadiu de dezvoltare al culturii materiale şi spirituale a unei comunităţi umane şi un prototip-proiect al liniilor dezvoltării viitoare. Ele resping şi sancţionează (negativ) anumite comportamente antisociale, apelînd la mijloacele specifice altor categorii de valori, cum sînt: cele juridice (constrîngerea şi influenţarea), educaţionale, morale etc. Concomitent şi prioritar, valorile politice definesc, selectează, promovează şi stimulează conduitele şi atitudinile în concordanţă cu "tabla de valori" elaborată de sistemul politic-social, ca răspuns la cerinţele formulate de societate.

In acest sens, valorile politice, ca expresie directă a sistemului politic, deţine rolul central în afirmarea atitudinilor şi conduitelor ce concordă cu interesele şi aspiraţiile fundamentale ale celor ce muncesc, cu cerinţele făuririi societăţii socialiste multilateral dezvoltate şi ale înaintării spre comunism.

Finalizarea valorilor politice socialiste este asigurată printr-un mecanism instituţional complex şi prin "coduri normative" specifice. Principalele sisteme de norme valabile în societatea noastră sînt programul şi statutul partidului, constituţia ţării şi celelalte coduri şi acte normative juridice, codul muncii, codul principiilor şi normelor vieţii şi muncii comuniştilor, ale eticii şi echităţii socialiste. Vorbind despre sistemul de norme şi valori proprii societăţii noastre este evident faptul că în etapa actuală prevalează următoarele caracteristici:

a) locul central şi rolul determinant al valorilor politice în definirea strategiei dezvoltării sistemului social-global;

b) coerenţa şi compatibilitatea diferitelor sisteme de norme, izvorîte din subordinea lor ţelurilor supreme ale politicii partidului şi statului nostru,

c) concordanţa dintre prescripţiile normative stipulate de normele politice, de partid şi de stat şi interesele, aspiraţiile şi atitudinile spontane şi intime ale oamenilor muncii,

Prima caracteristică ce vizează rolul valorilor şi normelor politice, pune în evidenţă principiul rolului conducător al partidului manifestat, deopotrivă, în conceperea şi elaborarea strategiei politice, în organizarea, controlul şi evaluarea modului în care se înfăptuiesc acestea. Coerenţa şi compatibilitatea sistemelor de norme pune în lumină cerinţa unei perspective sistematice, integratoare asupra conducerii vieţii sociale, o exigenţă de ordin logic - formal şi operaţional.

In fine, unitatea de conţinut, sens şi finalitate dintre normativitatea politică şi interesele umane relevă caracterul profund şi integral popular şi democratic al normativităţii juridice şi politice, concordanţa deplină dintre valorile ocrotite de legile ţării, de normele politice, morale, de idealurile şi aspiraţiile oamenilor muncii.

Una dintre trăsăturile fundamentale, caracteristice raporturilor dintre populaţie şi stat, constă în aceea că majoritatea covîrşitoare a cetăţenilor consideră legile ţării ca expresie fidelă a voinţei şi intereselor proprii, le respectă din convingere şi militează pentru aplicarea lor în viaţă. Din aceasta rezultă un alt aspect, ce legitimează creşterea rolului valorilor politice, anume, acela că ele asigură, prin multitudinea instrumentelor şi pîrghiilor instituţional-organizatorice, garanţia că între planul vieţii individuale, scopurile şi aspiraţiile individuale şi planul vieţii sociale (de grup, colective şi societate) exprimat de normativitatea perspectivă a politicului există, în cele mai multe cazuri, o armonizare şi o compatibilitate nemijlocită şi organică.

Această concordanţă teledeontică (instituirea ontologică) face ca sistemul politic, inclusiv la nivelul său axiologic şi normativ-prescriptiv, să vegheze ca obligaţiile interiorizate şi asumate în mod conştient, deliberat de către fiecare om, chiar cînd sînt înregistrate ca obligaţii codificate într-un sistem de norme, să nu restrîngă iniţiativa şi libertatea de acţiune. Normele politice trebuie să asigure tocmai armonizarea cognitivă, atitudinală, volitivă, afectivă şi acţional-participativă a acţiunilor individuale cu cele colective, asigurînd în acest fel eficienţa şi finalitatea socială instituită (individual sau social).

Or, tocmai politicul este acel sistem de valori care determină ca aria conduitei şi comportamentului liber al indivizilor să includă în acţiunile sau sarcinile prescrise ca obligaţii şi datorii de diferite subsisteme de norme şi valori. Pentru socialism, pentru partidul comunist, scopul suprem, cel mai înalt îl constituie omul, realizarea sa ca "personalitate totală", ca scop şi finalitate în sine şi pentru sine.

Principiul grijii faţă de om, al "omului ca scop", premisa şi finalitatea etosului nostru socialist este formulat ca atare de factorul politic conducător, de partidul comunist. Această instituire este însă una politică încă din faza elaborării sale. In continuare, asigurarea mijloacelor materiale şi spirituale pentru obiectivarea instituirii politice fundamentale ("omul ca scop") şi în general, a strategiei care asigură acest proces, intră în competenţa sistemului politic societal. De aceea, rolul partidului comunist ca garant şi for călăuzitor, ca autentic şi unic factor conducător al realizării umanismului revoluţionar constituie o lege obiectivă, a făuririi noii societăţi. In afara creşterii rolului (determinant) al sistemului politic al societăţii noastre şi, deci a valorilor şi normelor politice, este de neconceput afirmarea celorlalte tipuri de norme şi valori. Dar, este evident, că într-un anumit sens (în cel mai profund, de fapt) instituirea politică (normativă, valorică, acţională) fundamentală a "omului ca scop" este şi imperativul moral suprem al socialismului. In felul acesta, atît la nivelul premisei, cît şi al finalităţii axiologice fundamentale, sistemul de valori politice coincide cu sistemul valorilor etice. Ceea ce diferă este însă rolul, ponderea şi gradul de independenţă a fiecăruia, precum şi mijloacele şi modalităţile în care se înfăptuiesc cerinţele şi imperativele identice.

Fiind o societate care îşi îndeplineşte ţelurile fundamentale numai printr-un proces de conştientizare, normele şi valorile politice morale nu pot fi privite decît în strînsă relaţie de interdependenţă cu activitatea spirituală, cu conştiinţa. Ele sînt

internalizate şi valorizate în mod ierarhic, în funcţie de gradul de dezvoltare a conştiinţei, a capacităţii de reflectare a insului. Obiectivarea valorilor şi normelor politice este posibilă numai prin participarea conştientă, deliberată, pe deplin adezivă a tuturor oamenilor muncii, a comuniştilor în primul rînd. Aceasta presupune însă un ansamblu de cerinţe de mare importanţă, printre care amintim:

- cunoaşterea valorilor politice elaborate de sistemul politic social, de centrul său vital, partidul comunist (dimensiunea cognitivă);
- acceptarea acestor valori şi norme ca necesitate socială convertită conştient într-o nevoie interioară (personală, individuală, adeziunea conştientă, liber consimţită);
- interiorizarea şi internalizarea cerinţelor şi exigenţelor normativităţii politice atît afectiv, volitiv, cît şi ca aspiraţie şi proiecţie (identificarea proiectului-normativ formalizat şi instituit socialmente ca proiect de viaţă personală);
- convertirea constantă şi profundă a normelor şi valorilor politice în conduită şi comportament;
- mobilizarea tuturor resurselor personale pentru participare, angajare şi acţiune;
- cultivarea sentimentelor de bucurie, satisfacţie şi mîndrie pentru realizările obţinute (optimismul) concomitent cu convingerea de posibilitatea şi necesitatea afirmării mai ample şi profunde a creaţiei umane (sociale şi personale).

Este evident că toate aceste cerinţe comportă o dimensiune morală, sînt cu alte cuvinte cerinţe cu caracter etic, chiar dacă substratul lor de bază este unul de natură politică. De aici derivă un principiu esenţial, anume acela că pentru înfăptuirea instituirilor politice, eticul înţeles ca ansamblu de principii, morme, prescripţii şi valori morale, ca trebuinţe umane profund interiorizate afectiv şi conştientizate raţional-atitudinal deţine un rol activ de maximă importanţă. De altfel, aşa cum am mai arătat, instituirile politice nu sînt un scop în sine, ci unul care vizează destinul uman, condiţia existenţială a omului, sensul devenirii istorice a omului şi al omenirii.

Tendinţa valorilor politice şi a normelor legitimatoare şi fortificatoare nu constă în conservarea lor în sine, ci tocmai în transformarea lor în valori morale. Din acest unghi de vedere, întărirea normativităţii şi sistemului de valori politice constituie tocmai suportul esenţial al progresului moral al "expresiunii" valorilor umane ca valori etice. Tocmai de aceea, partidul nostru acordă un rol deosebit promovării

valorilor şi normelor etice, creşterii rolului lor activ, transformator în întreaga dezvoltare a societăţii socialiste.

"Codul etic" elaborat şi promovat de partidul nostru, ca ansamblu unitar, coerent şi armonios de principii, reguli, prescripţii, norme şi valori morale - deşi are un profund caracter politic, - constituie, în acelaşi timp, o expresie convingătoare a rolului activ pe care eticul îl are în ascensiunea nestingherită a poporului nostru pe drumul progresului, civilizaţiei şi culturii socialiste şi comuniste.

..oOo..

CONSTIINTA - ASPECTE PSIHOLOGICE SI PSIHOPATOLOGICE

GHEORGHE GRECU

Structura creierului uman respectă o ordine arhitectonică şi morfofuncţională perfect adaptabilă pentru a putea reflecta atît realitatea cît şi legile care o guvernează.

Conştiinţa am putea spune că se află într-un flux dinamic, adaptîndu-se printr-o modulare permanentă la fenomenele şi obiectivele sau evenimentele pe care le reflectă.

Pornind de la modelul hologramelor, în care informaţia este astfel distribuită încît fiecare parte a unei imagini poate servi la reconstituirea întregii imagini, Pribram, subliniind limitele explicaţiilor de natură spaţio-temporare ale mecanismelor de funcţionare a creierului uman, relevă faptul că ţesutul cerebral ar avea o structură holografică.

Pentru a susţine ideea sa, autorul aduce atît exemple clinice cît şi experienţe celebre în care, prin producerea unor leziuni considerabile ale S.N.C., se distruge continuitatea spaţială şi se perturbă în mod serios activitatea electrică, fără a se observa modificări ale constituţiei şi comportamentului.

Acest fapt este explicat de autor prin existenţa unor structuri holografice în distribuirea informaţiilor în creier.

Tot Pribram evidenţiază faptul că atunci cînd emisferele cerebrale sînt separate prin secţionarea corpului calos, se ajunge la un fenomen extrem de interesant, caracterizat prin inaccesibilitatea emisferului stîng la informaţiile depozitate în emisferul drept şi invers. Deci, totul se petrece în aşa fel ca şi cînd creierul omului ar fi constituit din două entităţi distincte, una verbală şi cealaltă instrumentală.

Omul nu poate rezuma numai la creier, intelect, sentimente sau numai la corpul fizic; el este un întreg, un sistem unitar şi orice separare constituie o alienare.

Neseparabilitatea semantică fondează arhetipul şi sincronicitatea, studiate de Jung, şi asigură coerenţa, unitatea şi universalitatea omului.

Conştiinţa, ca produs al creierului uman şi deci proprie numai oamenilor, este un fenomen psihic complex şi cu funcţii de sinteză multidirecţionale, care ajută individul să-şi dea seama şi să cunoască ceea ce se desfăşoară în jurul lui, cu el însuşi, şi să realizeze localizarea temporo-spaţială a propriei sale persoane, a celor din jur şi a evenimentelor care asigură atît continuitatea Eului, cît şi a sentimentului trăit.

In cadrul funcţiilor de sinteză ale conştiinţei, ca fenomen esenţial al existenţei umane intră: conştiinţa Eului şi a raporturilor sale cu alte persoane, obiecte sau fenomene trăite în momentul actual, conştiinţa timpului şi a spaţiului, precum şi conştiinţa activităţii, a valorilor şi a continuităţii.

Deci, iată că numai prin intermediul conştiinţei, Eul se poate integra şi adapta dinamic, activ şi raţional, atît la condiţiile de mediu, cît şi la autodefinirea şi organizarea propriei existenţe la un moment dat, dar trăită într-o formă particulară, caracteristică propriei experienţe în raport cu: eu, tu, el, ceilalţi, acum, aici, pentru etc. Această adaptabilitate se realizează pe baza unei recepţii şi analize corespunzătoare a stimulilor şi informaţiilor venite din exterior sau din interiorul nostru. Dacă pentru psihiatria clasică şi chiar actualmente pentru unele discipline medicale, conştiinţa, mai bine-zis luciditatea conştiinţei se confundă cu conştiinţa în totalitatea ei, pentru psihiatria modernă ea constituie doar prima treaptă.

De obicei, noi comparăm conştiinţa, preconştientul şi inconştientul cu un iceberg la care porţiunile ascunse de apă (inconştientul şi preconştientul) sînt mult mai vaste decît cele de deasupra apei (conştiinţa clară la un moment dat). Dar sub influenţa valurilor şi furtunilor, faţete ascunse ale icebergului pot să fie aduse la suprafaţă, aşa cum se întîmplă de fapt şi sub imperiul unor conflicte, stresuri, suferinţe organice sau "furtuni psihosomatice", cu conştiinţa, subconştientul şi inconştientul nostru. Desigur, această comparaţie doreşte să reliefeze mai bine atît existenţa unor legături dinamice între cele trei straturi ale conştiinţei, cît şi posibilitatea perturbării acestor legături şi a reechilibrării şi armonizării lor funcţionale.

Termenul de conştiinţă are o etimologie latină şi derivă din rădăcinile "cum" - cu şi "scientia" -ştiinţă. In prima accepţiune înseamnă "cunoaştere concomitentă", sau aşa cum zicea Aristotel : "pe lîngă faptul că vedem şi auzim, noi ne şi dăm seama că auzim şi vedem". De atunci, termenul a mai avut şi alte înţelesuri, mai ales cel de stare de veghe sau de receptivitate la mediu. Din punct de vedere filozofic, conştiinţa este definită ca . fiind "cea mai superioară formă de reflectare psihică a realităţii" realizată prin intermediul diferitelor mecanisme ale SNC uman.

Conştiinţa - apărută în procesul muncii sub influenţa directă a relaţiilor sociale dintre oameni şi a perfecţionării lor verbale - s-a format şi dezvoltat în decursul

istoriei societăţii şi ea reprezintă esenţialmente, reflectarea existenţei sociale a oamenilor.

Iată că din cele relatate se desprinde ideea de bază că, în general, conştiinţa este socială, pentru că ea reflectă un ansamblu de reprezentări, mentalităţi, conştiinţe, idei şi concepţii ale oamenilor, în care se repetă existenţa lor socială.

Din cadrul conştiinţei sociale se desprind alte forme de conştiinţe, care se referă la : conştiinţa de sine sau individuală, conştiinţa psihologică, conştiinţa morală, conştiinţa politică, conştiinţa de clasă, conştiinţa juridică, conştiinţa naţională, conştiinţa religioasă, conştiinţa civică, conştiinţa profesională, conştiinţa ştiinţifică, conştiinţa artistică, conştiinţa socialistă etc., la care noi, psihiatrii, pornind de la diferite modalităţi de alterare şi abatere de la reflectarea psihofiziologică normală, am putea adăuga şi formele psihopatologice ale conştiinţei, pe care de fapt le vom dezbate în acest referat.

Pentru a înţelege mai bine acest fenomen psihic atît de complex, este necesar să amintim că el s-a realizat în procesul muncii, odată cu apariţia limbajului şi a gîndirii abstracte, adică odată cu existenţa primului şi celui de al doilea sistem de semnalizare, de unde decurg şi cele două modalităţi ale cunoaşterii: cunoaşterea senzorială (nemijlocită) şi cea logică (raţională).

Faptul că apariţia limbajului a condiţionat procesul de conştientizare, este demonstrat prin toate percepţiile noastre, pe care nu le trăim numai ca imagini ale obiectelor şi fenomenelor, ci ne şi dăm seama de obiectivele şi fenomenele percepute, încadrîndu-le cu ajutorul cuvintelor într-o categorie oarecare.

Astfel, de îndată ce vedem un trandafir, noi adăugăm la imaginea pe care ne-am format-o şi cuvîntul "trandafir". Iată de ce, conştientizarea este proprie numai omului , ea fiind determinată de obiectele sau fenomenele de la care, odată cu informaţiile provin şi parametrii spaţiotemporali şi relaţiile lor esenţiale.

Pe lîngă capacităţile omului de a cunoaşte realitatea externă prin intermediul percepţiilor, gîndirii, limbajului şi al verificării şi experimentării practice (activitate voluntară), acompaniate de trăiri afectiv-subiective (emoţii şi sentimente), omul este dotat şi cu posibilităţi de a-şi da seama de procesele sale mai sus-amintite (cognitive, afective şi motivaţional-acţionale), putîndu-le pune astfel în funcţiune şi a le dirija conştient şi voluntar, în raport cu anumite ţeluri personale sau obiective. In totdeauna însă, conştiinţa angajează toate procesele psihice şi presupune interacţiunea dintre a-

fectiv şi intelectual.

Deci, iată că intenţionalitatea, proiectivitatea, anticipaţia, activitatea şi afectivitatea sînt trăsături esenţiale şi definitorii ale noţiunii de conştiinţă, ele contribuind la realizarea uneia sau alteia din funcţiile ei: epistemologică, energeti c-comportamentală, atitudinală şi regulator-adaptativă.

H.EY, pornind de la aspectele dinamice ale conştiinţei, îl descrie următoarele caracteristici:

1.- verticalitatea (adică posibilitatea de trecere succesivă de la o treaptă la alta);

2.- facultativitatea (adică multiplicitatea şi claritatea fluctuantă a dinamicii şi comutării permanente a cîmpului de conştiinţă în funcţie de necesitate);

3.- legitatea (adică organizarea armonioasă, coerentă şi antientropică a sistemului cognitiv, bazat pe o structură operaţională raportată la ordinea implicaţiilor necesare);

Alături de aceste caracteristici, conştiinţa are şi unele trăsături psihofuncţionale şi de conţinut, dintre care amintim:

1,- funcţia de reflectare cognitivă;

2,- funcţia anticipativă sau predictivă;

3,- funcţia proiectivă, de extrapolare în proiecţie şi planuri ale unor conţinuturi subiective;

4,- funcţie finalistă sau de orientare spre scop

De aici se poate deduce cu claritate că definiţia dată de Lenin conştiinţei este una din cele mai cuprinzătoare, şi anume: "conştiinţa omului nu numai că reflectă lumea obiectivă, dar o şi creează sau o transformă prin acţiunea lui".

Concomitent cu recunoaşterea rolului hotărîtor al conştiinţei atît în reflectarea cît şi în crearea lumii reale, trebuie să-i relevăm şi eficienţa adaptativă în procesele complexe ale existenţei şi activităţii individuale şi sociale. Eficienţa adaptativă se desprinde din însăşi funcţionalitatea conştiinţei, care printr-o desfăşurare psihofiziologică normală are de îndeplinit unele funcţii bine determinate şi delimitate, dar în realizarea acestor funcţii (reglatoare, selective, de control, motivaţionale, aptitudinale etc), cu implicaţii cognitiv-afective şi volitive. conştiinţa se sprijină pe toate procesele şi funcţiile psihice - percepţii, memorie, atenţie, voinţă, afectivitate, limbaj etc., ale căror trăiri conştientizate le poate şi influenţa.

Rezumativ, conştiinţa poate fi definită ca o stare de autodefinire a Eului cu non-

Eui (cu mediul ambiant). In realizarea complexului proces psihic al conştiinţei şi a structurilor sale, alături de rolul hotărîtor al structurilor biologice (trunchiul cerebral, nucleii bazali şi cortexul), un rol important revine mediului social şi istoric. Nu putem merge însă mai departe fără a trece în revistă şi faptul că găsirea substratului material al conştiinţei, fenomen specific uman, a constituit o problemă foarte dificilă pentru multe generaţii de medici. Astfel, în antichitate se credea că inima şi diafragmul constituiau locul sentimentelor, al gîndirii şi al conştiinţei. Semnificativă în acest sens este chiar etimologia greacă a termenului de schizofrenie, în care "FREN" înseamnă diafragm.

Gîndirea novatoare a lui Hipocrat a reuşit să depăşească această ipoteză, ceea ce rezultă din descrierile sale, prin care susţine că: "Nu cunosc nici un mod în care diafragma poate să gîndească sau să fie conştientă, în afara unui acces spontan de plăcere sau durere, care ar putea să o facă să tresară sau să vibreze . . Aceasta nu ia parte la operaţiile mintale, care sînt în întregime realizate de creier . Ar trebui să fie bine cunoscut că sursa plăcerilor, bucuriei, rîsului şi a distracţiei , la fel de bine ca tristeţea, durerea, anxietatea şi lacrimile, nu este alta decît creierul. El este organul special care ne dă posibilitatea să gîndim, să vedem, să auzim şi să distingem urîtul de frumos, binele de rău, plăcutul de neplăcut. Creierul este organul în care se găseşte locul nebuniei şi al delirului, al fricii şi terorii care ne asaltează de multe ori noaptea, dar uneori şi ziua; aici sînt şi cauzele insomniei şi ale somnambulismului, ale gîndurilor care ne vin, ale îndatoririlor şi ale excentricităţilor".

Dar, cu toate aceste observaţii ale lui Hipocrat, chiar şi în prima jumătate a secolului trecut numai o mică parte din medici admiteau posibilitatea existenţei unei legături între creier şi conştiinţă (psihism). Ceea ce se numea conştiinţă - şi se subînţelegea vag ca o stare de veghe, vigilenţă sau alertă - a fost mai întîi localizată în măduvă şi mai tîrziu în ganglionii senzoriali, şi în special în "talamusul optic". Impulsurile senzoriale de la periferie ar fi rămas pur fiziologice dacă în momentul în care atingeau ganglionii senzoriali nu ar fi fost transformate în senzaţii conştiente, acestea fiind capabile de a trezi în cortex idei inconştiente, emoţii şi motivaţii, care la rîndul lor deveneau conştiente cînd erau transmise la ganglionii senzitivi.

Mai tîrziu au apărut unele teorii care s-ar putea asemui cu cele din secolul nostru dacă am înlocui termenul de ganglioni senzoriali cu "formaţiune reticulară ascendentă" sau " sistem integrator centrencefalic".

Părerile specialiştilor despre locul conştiinţei au început să se schimbe după apariţia în 1859 a lucrării lui Darwin, legată de "Originea speciilor", cînd a devenit plauzibilă ideea că cea mai mare realizare în evoluţia filogenetică a sistemului nervos era reprezentată de creierul mare şi mai ales de cortex, care era din punct de vedere structural mai evoluat la om decît la mamiferele "inferioare". De vreme ce omul părea că este diferit de celelalte mamifere pentru că poseda gîndire conştientă şi vorbire, părea logic să se presupună că locul gîndirii conştiente şi al vorbirii era în cortex. Aceasta ar putea explica de ce presupunerea lui Broca (1861) despre existenţa unui "centru al vorbirii" pe cortex în lobul frontal stîng a fost, în general, acceptată , deşi leziunea pe care a văzut-o la primul său pacient era mai mare, cuprinzînd o parte din lobul frontal, corpul striat şi chiar părţi din lobul parietal şi temporal.

In general, raportul intim (am putea spune chiar de dependenţă) pe care-l are conştiinţa faţă de activitatea centrilor nervoşi corticali şi subcorticali este reliefat tot mai mult atît de cercetările experimentale, cît şi de practica neuro-chirurgicală şi psihiatrică.

Ponderea acordată unora sau altora din centrii corticali sau subcorticali , diferă de la autori la autori.

Delimitarea şi individualizarea unui centru de veghe situat în regiunea mamilară şi a unui centru de somn în hipotalamusul anterior sînt actualmente contestate.

Abolirea brutală a vigilităţii instalată în urma unor traumatisme cranio-cerebrale localizate la nivelul bazei creierului, a determinat pe Cerletti şi alţi autori să susţină ideea că diencefalul ar avea rolul de "comutator al conştiinţei". Apoi Moruzzi şi Magoun au reliefat rolul primordial al formaţiunii reticulate şi în special al sistemului său ascendent activator, iar Penfield, sub denumirea de "centrencefal" descrie un sistem aproape superpozabil sistemului reticulat, constituit din substanţa cenuşie şi din fasciculele nervoase ale trunchiului cerebral superior, care ar avea rolul organizării unei bune funcţionări a emisferelor cerebrale, în timp ce cortexul ar avea numai un rol limitat şi mai ales instrumental în procesul conştiinţei.

Actualmente, cercetările psihofiziologice revalorizează rolul cortexului în complexele mecanisme ale conştiinţei.

Astfel, schemei iniţiale care prezenta activitatea corticală ca fiind legată direct de stimularea formaţiei reticulate (care după Bremer este destul de inexactă) i se

opune schema mai complexă în cadrul căreia însuşi cortexul prin circuitele sale reflectate participă la propria sa trezire.

"Cîmpurile perceptive" ale conştiinţei au raportul de strînsă interdependenţă cu zonele şi ariile corticale de integrare senzorială şi probabil şi cu anumite teritorii de reprezentare unilaterală. Astfel, după Gastaut, rinencefalul ar integra în conştiinţă datele relative şi referitoare la ritmuri, durată şi tendinţe instinctiv-fundamentale. In acest context se poate presupune, aşa cum susţine şi H.EY, că dacă "bătrînul creier" organizează şi conştientizează ordinea temporo-spaţială a experienţei, scoarţa cerebrală ar realiza diferenţierea intelectuală a acestei experienţe fundamentale.

Formaţia reticulată activatoare - ea însuşi activată de diferiţi stimuli externi şi interni care vin "de jos" dar şi "de sus" prin căi aferente centrifugale - constituie un vast sistem de "feed back". Centrencefalul şi substanţa reticulată în special (prin rolul său activator) reprezintă dispozitivul fundamental de alarmă al conştiinţei.

Actualmente. în explicarea şi delimitarea conştiinţei se întîlnesc diferite curente psihologice, dintre care unele îi neagă chiar existenţa (Behavioriştii), în timp ce alte curente consideră conştiinţa ca fiind constituită din totalitatea proceselor psihice. Această teorie privează psihismul uman de "inconştient" (ne-conştient). Dar, între aceste două extreme există şi teorii intermediare, după care: "conştiinţa s-ar reduce la funcţia de vigilitate" (Head), "la suma de informaţii cuprinse şi ordonate la un moment dat în psihism" (Sutter), în timp ce alţi autori limitează conştiinţa la realizarea unor operaţii de sinteză psihodinamică.

După Henri EY, conştiinţa reprezintă forma de activitate fundamentală a psihismului în organizarea şi integrarea ordonată spaţio-temporară şi a raporturilor dintre "eu, tu, el" sau "eu - ceilalţi", realizată pe baza celor trei componente ale psihismului: evenimentul trăit, forma perceptiv-reprezentativă şi trăitul actual (eu, aici, acum). Deci, iată că autodefinirea individului în timp şi spaţiu , cît şi în raport de comunicare cu ceilalţi, constituie criteriul de bază al definirii conştiinţei, în cadrul căreia celelalte funcţii psihice şi în special inteligenţa asigură formularea şi organizarea cîmpului de conştiinţă în raport cu realitatea. "Conştiinţa - este definită de Henri EY - ca fiind experienţa sensibilă imediată a prezentului reprezentat".

P.Janet susţine, că "a fi conştient înseamnă a te înscrie în povestea propriei tale experienţe", iar H.EY. afirmă că "asumîndu-şi funcţia de a vorbi , subiectul se ridică în faţa lumii sale, căci, identificînd această lume , designînd-o, el se înfruntă cu sine însuşi, îşi apare sieşi". Referitor la cele de mai sus, Ed. Pamfil arată că

dialogul constituie condiţia liminală a conştiinţei umane, ceea ce înseamnă că dialogul este responsabil pentru discriminarea dintre sine şi altul, după cum în dezvoltarea conştiinţei de sine intervine un dialog interiorizat cu propria persoană. Structura primară a conştiinţei este noesonoematică, ea fiind deschisă atît spre obiect cît şi spre subiect, ceea ce determină o dezvoltare armonizată a conştiinţei despre lume şi a conştiinţei de sine, care nu pot fi concepute una fără alta. H.EY. insistă asupra conceptului de cîmp de conştiinţă, înţeles ca "o totalitate limitată şi organizată autohton", ca o prezentificare a mediului şi fiinţei, ca "o sumă a actualitătii trăite", ca o trăire a experienţei de "hic et uunc" în cadrul cîmpului perceptiv total, prin mijloacele limbajului şi în condiţiile derulărilor operaţionale.

Cîmpul de conştiinţă nu este deci doar o mărime extensivă, ci prezintă o ierarhie de nivele calitative asemenea infrastructurii sale semantice.

Pentru H.EY. a fi conştient înseamnă "a dispune de un model personal asupra lumii; conştiinţa este deci posibilitatea subiectului de a se constitui el însuşi în obiect, pentru sine şi pentru alţii".

Această realizare intimă a proceselor psihoneurale este denumită "experienţă conştientă". Din cauza unicităţii acesteia, ea pare că prezintă un gen special de realitate mintală care diferă fundamental de orice altă realitate.

Experienţele de cunoaştere conştientă se prezintă în mod sistematic împărţite în trei categorii principale:

a) experienţele cognitive în care sînt incluse: înţelegerea, imaginaţia, gîndirea şi aducerea aminte (evocarea sau reactualizarea experienţelor trăite anterior);

b) experienţe afective care cuprind o mare varietate de sentimente, de la tristeţea cea mai adîncă pînă la cea mai înaltă euforie sau pasiuni intense;

c) experienţe conative care cuprind impulsuri, dorinţe, motivări şi care determină activităţi motorii;

Unele din aceste experienţe îl leagă pe om de lumea înconjurătoare, ca de exemplu percepţiile şi activitatea motorie. Toate celelalte sînt experienţe intrapsihice pure care nu se referă la realitatea imediată. Cunoaşterea concomitentă a experienţei intrapsihice poate fi intensificată de un proces de percepţie autoreflectivă, pe care noi îl denumim "introspecţie".

In general, cînd vorbim de experienţe conştiente, ca de pildă: gîndire, senti -

mente sau dorinţe, noi avem deja în minte unele categorii conceptuale preluate din experienţele conştiente trăite în diferite momente de diferiţi oameni. Pentru a nu se face confuzii, noi denumim aceste experienţe ca "existenţiale", folosind acest termen în sensul său principial, adică, care "există" sau care apar în întîmplările obişnuite.

Toate întîmplările existenţiale sînt fenomene conştiente. Noi ne dăm seama de ele în mod conştient în momentul existenţei şi reflectării lor psihologice. De aici reiese că a vorbi despre "trăiri existenţiale" inconştiente, ar fi o contradicţie de termen. Si totuşi, azi se vorbeşte mult despre trăiri inconştiente, care sînt statuate ca existenţiale. Dar această expresie este mai mult o eroare de nume. Aceasta nu se referă la trăiri mintale generale, ci numai la fenomene-activităţi, fenomene-obiect, care au fost trăite în trecut şi care totuşi nu pot fi readuse în memorie şi făcute conştiente - adică existenţiale în prezent. Deci, trăirile inconştiente nu sînt decît fenomene - obiectiv reprimate în trecut.

Prin termenul de conştienţă sau cunoştiinţă se încearcă mai recent să se definească posibilitatea individului de a fi informat, de a lua cunoştinţă de ceva, de a şti în mod just despre obiectele şi fenomenele înconjurătoare (Arseni 1980), în timp ce conştiinţa depăşeşte cu mult aceste limite, ea fiind considerată "cunoaşterea cunoaşterii" (Dufrene).

"Starea de conştiinţă" este folosită şi cu un sens complet diferit, care nu are nimic de-a face cu fenomenele - obiecte esenţiale, ci este un atribut variabil al fenomenelor act - existenţiale. In particular, aceasta se referă la reactivitatea funcţiilor psihoneurale care se manifestă ca fenomene act-existenţiale.

Cînd reactivitatea minţii este mare, aceasta este trăită în mod subiectiv din plin, clar sau cu o conştiinţă lucidă.

Iată că termenul de conştiinţă a desemnat mult timp toate aspectele individuale ale vieţii psihice. Azi însă psihiatrii se opresc mai mult asupra următoarelor forme şi sectoare ale ei:

CONSTIINTA PSIHOLOGICA - definită ca un fenomen psihic, prin intermediul căruia persoana se cunoaşte pe sine însuşi în raport cu mediul înconjurător, cunoaştere ce se realizează concomitent şi este trăită ca aparţinînd existenţei sale. Conştiinţa apare în acelaşi timp ca un aport de informaţii şi ca ceva "încercat", trăit propriu şi original, legat de coordonatele imediate ale existenţei,

timp şi durată, spaţiu şi orientare, precum şi de continuitatea Eului.

CONSTIINTA DE SINE permite individului să se deosebească de ceilalţi şi să poată fi spectatorul celorlalţi şi al lui însuşi. Spre vîrsta de 3 ani apare conştiinţa Eului şi abia atunci copilul începe să se autodefinească ca subiect distinct şi deosebit de ceilalţi.

CONSTIINTA INDIVIDUALA se formează şi se dezvoltă în decursul ontegenezei fiecărui om, reprezentînd reflectarea propriei sale existenţe, a condiţiilor specifice individuale de viaţă, activitate, educaţie etc.

REFLECTAREA CONSTIENTA presupune raţionalitate, reprezentare anticipativă a rezultatelor viitoarelor acţiuni, intenţionalitate, dirijarea activităţii spre atingerea anumitor scopuri, orientarea spaţio-temporală diferenţiată, creativitate, selecţie critică, autoexigenţă şi responsabilitate faţă de propriile acte etc.

Persoana umană în stare de conştienţă se află în permanenţă angajată în trăirea unui eveniment într-o situaţie dată, aflîndu-se într-un raport nemijlocit cu lumea înconjurătoare, reală, prezentă aici şi acum. Raportarea CONSTIENTIZATA se realizează în conformitate cu coordonatele vizării intenţionale a lumii (tematică, obiectuală şi de sens), a descifrării ambianţei ca un cîmp spaţial al acţiunii posibile şi în cele din urmă a angajării active ca atitudine, acţiune şi act efectiv. In aceste condiţii, subiectul îşi structurează "prezentul" sau "actualul psihic trăit" de sine, aici şi acum, dar într-o legătură bidirecţională atît cu trecutul mnezic, cît şi cu viitorul desirologic (dorit). Deci, iată că numai prin cadrul cîmpului de conştiinţă în care au loc toate fenomenele psihice nemijlocite, persoana conştientă de sine îşi poate realiza toate raportările sale în lume.

Prin acest cîmp al conştiinţei se realizează şi sistemul motivaţional-comportamental, de decizie şi angajare responsabilă într-o acţiune dată.

Privind CONSTIINTA DE SINE evidenţiem faptul că ea este legată indestructibil, în condiţii psihofiziologice normale, de propriul corp, pe care Eul îl simte ca centru de emergenţă spre lume al tuturor trăirilor sale psihice (pulsiuni, emoţii, dorinţe, intenţii, gînduri, motivaţii, acte etc), resimţite de el ca apărînd şi dezvoltîndu-se în corpul său.

In acelaşi timp, corpul nu este numai un centru de emergenţă sau un loc, ci şi un volum sau spaţiu bine delimitat, care divizează spaţialitatea lumii în două părţi distincte şi anume: spaţiul propriului Eu şi spaţiul exterior în care se află "altul" şi "altceva".

Prin relaţiile create între spaţiul propriului corp, delimitat ontogenetic într-o schemă corporală şi spaţiul exterior lui, se realizează un cuplu dialectic cu limite fluctuante, dar cu strînse relaţii de interdependenţă.

In fizica newtoniană spaţiul şi timpul, amîndouă continue, apăreau ca entităţi separate, dar odată cu teoria relativităţii restrînse a lui Einstein, ele au fost unite într-un "continuu spaţiu temporar". Astfel, în teoria lui Einstein, spaţiul şi timpul formează o singură entitate cvadridimensională, din care trei dimensiuni aparţin spaţiului şi una timpului.

Deci, în această lume cvadridimensională se petrec toate fenomenele realităţii naturale.

Fără a ne opri şi a dezbate dimensiunile calităţilor intrinsece ale particulelor elementare, adică adevăratul univers în totalitatea sa, care implică un număr de dimensiuni (7) superior spaţiului şi timpului în care îşi desfăşoară existenţa pe baza unor permanente interacţiuni legice de interdependenţă, totuşi trebuie să amintim că unii autori susţin că timpul continuu cu care ne-am obişnuit în existenţa noastră cotidiană, ar fi discontinuu.

Odată cu abordarea categoriei de spaţiu (tridimensional sau multidimensional) care este reversibil şi în care am încadrat atît "spaţiul corporal" cît şi "spaţiul exterior" cu diferitele raporturi dintre coexistenţa obiectelor, fenomenelor, sau dintre părţile lor componente (referitoare la întindere, distanţă, poziţie), trebuie să evidenţiem şi faptul că atît spaţiul cît şi toate fenomenele obiective şi chiar "spaţiul corporal" cu trăirile sale psihice conştiente sau inconştiente se desfăşoară în timp, care (se pare totuşi, că) este (numai) unidirecţional şi ireversibil.

Odată cu definirea conştiinţei, trebuie să ne referim şi la:

- INCONSTIINTA - realizată în mod normal în somn;
- SUBCONSTIINTA - în cadrul căreia se pot întîlni comportamente automate, urmate de amnezie;
- CONSTIINTA CLARA - SPONTANA sau IMEDIATA - realizată fără efort, caracteristică visării;
- CONSTIINTA CLARA REFLECTATA sau MEDIATA - care se realizează printr-un oarecare efort şi tensiune psihică şi prin care "conştiinţa se cunoaşte pe sine însăşi". De fapt, prin această conştiinţă se realizează cea mai perfectă sinteză mintală.

Informaţiile pe care conştiinţa le reuneşte şi le ordonează unele prin altele, sînt obţinute pe cale perceptivă. Percepţia apare astfel ca izvorul conştiinţei , dar ea este în acelaşi timp şi condiţionată de EA (Henri EY vorbeşte de "cîmpuri perceptive ale conştiinţei", distincte pentru fiecare mod de percepţie , al căror material elementar îl integrează, supunîndu-l unei selecţii şi ordonîndu-l după forme ce permit identificarea, compararea experienţei actuale cu alte experienţe anterioare.

Desigur că modalităţile şi rezultatele acestei selecţii diferă în funcţie de starea afectivă şi de gradul de vigilitate. Astfel, fiecare constatăm frecvent că aceleaşi ţîrîit de telefon sau sonerie, auzite de la aceaşi distanţă, ne provoacă diferite stări de conştiinţă , desigur, acestea fiind determinate de starea în care ne aflăm: somn, odihnă, lectură, activitate, vizionarea unui film TV, sau de aşteptarea unui musafir sau mesaj.

In stare normală, conştiinţa depinde într-o largă măsură şi de anticipare: ceea ce omul prevede, pregăteşte, se teme, doreşte să trăiască într-un viitor apropiat sau îndepărtat, toate acestea ordonează pentru el experienţa prezentă, determină locul şi rolul ei în situaţia actuală, care nu e niciodată trăită decît ca un "preludiu perpetuu".

O altă particularitate remarcabilă a conştiinţei este extrema sa mobilitate, cîmpul pe care-l îmbrăţişează, perspectiva după care ea ordonează conştientul. Natura şi întinderea anticipării variază cu o amploare extraordinară, Si nu numai gradul de vigilitate este în cauză, dar şi nivelul de organizare a întregii personalităţi, cu structura sa intelectuală, cu starea afectivă şi aspiraţiile morale. In fiecare clipă omul îşi ajustează şi îşi limitează conştiinţa în vederea acţiunii pe care vrea să o întreprindă, a scopului urmărit, dar şi în funcţie de ceea ce este, de ceea ce valorează.

Posibilitatea de autodefinire, prezentă şi sincronă, a persoanei conştiente în raport cu timpul şi mediul ambiant, constituie "cîmpul de conştiinţă" ceea ce reprezintă de fapt cadrul întregii noastre activităţi psihice.

Cîmpul de conştiinţă are o structură complexă, el este construit atît pe axele reflectivităţii şi libertăţii, cît şi pe fundalul afectivităţii (care motivează adeziunea şi orientarea persoanei conştiente în raport cu lumea) şi a imaginaţiei (care intervine în susţinerea oricărui proiect şi în orice tendinţă creativă). Raportarea activă şi actantă a subiectului conştient la ambianţa prezentă acum şi aici, constituie caracteris-

ticile de bază ale "cîmpului de conştiinţă". Cînd persoana vigilă se autodefineşte şi se orientează activ şi actant în ambianţă, are un "cîmp de conştiinţă clar" sau "limpede" în timp ce la alt pol s-ar afla conştiinţa onirică săracă şi detaşată pe un fond întunecos. Alte două modalităţi sînt: conştiinţa relaxată şi vag raportată la ambianţă, întîlnită în oboseală, somnolenţă, reverie, etc. şi conştiinţa din stările de semisomn sau de transă autoindusă.

Astfel, prin exerciţii sistematice, joghinii, în stadiul IV, ajung într-o stare aparentă de somn, în care "conştiinţa sinelui" rămîne trează. O astfel de transă specială cu derealizare şi depersonalizare nu are un echivalent exact în ritualurile mistice europene.

Inainte de adormire, cînd subiectul cu ochii închişi este relaxat corporal şi psihic, iar fluxul ideativ şi imaginativ axat pe universul mnezic se desfăşoară spontan, aleator şi detaşat de ambianţă, putem întîlni o stare de conştiinţă aparte, denumită "reverie", pe fondul căreia, destul de frecvent, apare mentismul (flux exagerat de gînduri necontrolate şi fără sens) şi halucinaţiile hipnagogice. In starea de reverie putem întîlni atît o oarecare prevalenţă tematică organizată ideic şi imaginar, cît şi găsirea unor soluţii, idei sau momente de inspiraţie.

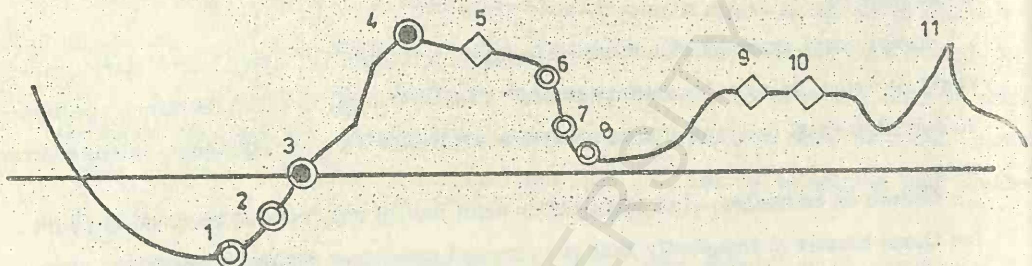
De fapt şi psihanaliza , prin relaxarea întreţinută şi dirijată spre o autoobservare binevoitoare , fără frîne, reticenţe şi inhibiţii, ajunge tot la o stare de reverie asemănătoare, dar particulară.

O stare particulară a conştiinţei, cu detaşare de ambianţă, îngustarea conştiinţei şi concentrarea atenţiei şi afectivităţii asupra repetării monotone a unor formule şi invocarea stereotipă a unor idei, o întîlnim atît în perioadele de rugăciune, cît şi în cele de contemplare. In ultima, deşi subiectul trăieşte relativ pasiv, transpersonalizat şi subjugat de spectacolul contemplat, ambianţa şi realitatea au o implicaţie mai mare decît în rugăciune. Tot aici trebuie să amintim şi extazul, care se află situat la joncţiunea dintre rugăciune şi contemplare. Alături de detaşarea de ambianţă, în extaz întîlnim atît o interiorizare, cît şi o participare afectivă intensă iar uneori şi o hipersaturaţie senzorială. O formă de contemplare apropiată de extaz se întîlneşte şi în timpul audiţiilor muzicale.

La toţi indivizii aflaţi în condiţii de normalitate se pot întîlni mai multe variante de modelare şi organizare a cîmpului de conştiinţă.

Aceste modalităţi de organizare se află într-un raport direct cu starea de nelinişte

alertă, tensiune afectivă, investigare, relaxare, oboseală, somn etc, după cum se poate vedea în reprezentarea lor schematică, în care cifrele reprezintă diferitele forme ale conştiinţei.



1. - Somn fără vise

2. - Somn cu vise

3. - Stare de trezire

4. - Conştiinţă lucidă bună

5. - Accentuarea lucidităţii prin concentrarea atenţiei (asupra unor situaţii speciale)

6. - Oboseala

7. - Somnolenţă

8. - Reverie

9. - Inspiraţie

10. - Contemplare

11. - Emoţii

Din diagrama de mai sus se poate deduce că odată cu concentrarea atenţiei asupra unor situaţii sau probleme speciale (5), intervenţia unor trăiri afectiv-imaginare (9 şi 10), precum şi a emoţiilor puternice plăcute sau neplăcute , creşterea nivelului de claritate şi luciditate a conştiinţei este acompaniat imediat de reducerea sau îngustarea cîmpului de conştiinţă.

In condiţii normale putem întîlni perioade diferite de îngustare a cîmpului de conştiinţă, în special atunci cînd concentrarea ei se realizează pe o anumită direcţie sau "temă-scop", situaţii în care ambianţa este ignorată pentru moment, iar căile de recepţie şi acţiune sînt închise pentru alte teme şi direcţii de activitate.

Această direcţionare pe o "temă-scop" unică, cu detaşare faţă de restul ambianţei, corespunde fenomenului de "îngustare a conştiinţei", dublată fiind şi de o concentrare maximă a atenţiei. O îngustare a conştiinţei se întîlneşte şi în emoţii puternice, crize de furie clastică, stări pasionale, reacţii depresive şi de disperare.

O concentrare a atenţiei şi o îngustare a cîmpului de conştiinţă cu o detaşare de ambianţă putem întîlni şi în cazul unor lecturi ce ne absorb, la fel în cazul pregătirii unor examene, cursuri, etc, precum şi în meditaţia ruminativă (analiza eventualităţilor) apreciativă, pregătitoare etc, şi în inspiraţie (în cadrul cărora avem o intensă participare şi angajare). Toate acestea se deosebesc net de reverie şi de visul nocturn.

O îngustare artificială a cîmpului de conştiinţă, dublată de o detaşare de ambianţă şi de concentrarea ei asupra propriului corp, se obţine prin exerciţiile repetate de trening autogen (Schultze).

Oboseala psihică poate modifica şi îngusta şi ea cîmpul conştiinţei, mai ales prin dificultăţi de concentrare a atenţiei şi de menţinere a activităţii intelectuale pe o temă-scop, ajungînd astfel la scăderea evidentă a randamentului şi a creativităţii, dublată şi de o creştere semnificativă a erorilor. In orice caz, oboseala nu suspendă legăturile subiectului cu ambianţa şi nu-l transpune într-o lume imaginară.

In fenomenologia îngustării cîmpului de conştiinţă, subiectul menţine un raport fasciculat cu ambianţa, pe fondul căruia el îşi păstrează unele posibilităţi automate de adaptabilitate şi acţiune, dar fără posibilităţi de operativitate raţional motivată şi de trecere la alt gen (canal de recepţie) de activităţi, condiţii în care subiectul se comportă ca un automat.

In aceste situaţii, îngustarea cîmpului de conştiinţă se caracterizează prin concentrarea ei (de obicei de origine afectivă) asupra unei singure idei, amintiri sau fapte de

care subiectul nu se poate detaşa, ceea ce constituie fenomenul de hiperconştientizare psihologică normală sau patologică.

Proporţia şi felul conştientizării diferitelor categorii de fenomene constituie o altă dimensiune a conştiinţei.

Astfel, în unele situaţii, mai ales psihopatologice, conştientizarea unor fenomene sau activitatea unor organe şi aparate ce în mod normal se desfăşoară spontan şi automat, produce tulburări în realizarea activităţii lor voluntare şi chiar a funcţiilor organelor şi aparatelor hiperconştientizate şi permanent autoobservate. Dar, în acelaşi timp, autoobservarea şi hiperconştientizarea fenomenelor amintite produce o blocare sau o conştientizare redusă a altor fenomene şi tendinţe.

CONSTIENTIZAREA se caracterizează prin descoperirea în orice moment şi situaţie a ceea ce sîntem noi înşine, a ceea ce dorim, a ceea ce ne deranjează, sau a ceea ce facem în mod spontan, atît sub influenţa factorilor de mediu, cît şi a pulsiunilor şi a tendinţelor noastre raţionale sau instinctuale. Conştientizarea se referă şi la alte activităţi, cum sînt cele educative, productive sau creativ-artistice în care subiectul poate fi antrenat de comunitate, făcîndu-l conştient de necesitatea obiectivă a utilităţii eficiente a acestor activităţi, atît pentru sine cît şi pentru societate.

Paralel cu înţelegerea cauzalităţii universale şi a necesităţii naturale şi sociale, conştientizarea cu atruizarea motivaţiilor adînci ale reacţiilor, acţiunilor şi trăirilor emoţional-afective, intervine atît în formarea comportamentului individual, cît şi la eliberarea lui de sub dominaţia oarbă a pulsiunilor şi instinctelor, conferindu-i odată cu stăpînirea de sine, raţionalitatea şi libertatea.

Desigur că în unele situaţii, mai mult sau mai puţin de aspect psihopatologic, se întîlnesc fenomene de hiper sau hipoconştientizare. Astfel, în sindroamele nevrotice, cenestopatice, hipocondriace şi anxioase, în care prezenţa unor senzaţii somato-psihice acompaniate de emoţii negative şi anxietate, precum şi de concentrarea atenţiei asupra lor (disconfort intern, înţepături precardiace, jenă respiratorie, ameţeli, etc) sînt trăite în mod hiperconştientizat, făcînd din bolnav un introvert, care pe lîngă faptul că se autoobservă cu multă atenţie şi aleargă de la un medic la altul, îşi neglijează în mare măsură şi preocupările sale profesionale şi familiale, creîndu-şi un statut personal de bolnav, de obicei somatic şi nu psihic.

Aceste fenomene determină o îngustare concentrică a cîmpului lor de conştiinţă şi în consecinţă o diminuare a posibilităţilor adaptative şi a randamentului în muncă.

In stările depresive în special în cele de natură endogenă sau endoreactivă, hiperconştientizarea suferinţelor psihosomatice este trăită cu convingerea delirului microманial, în care bolnavul, sub imperiul diferitelor autoacuzaţii , îşi trăieşte suferinţa ca o pedeapsă binemeritată, considerînd-o de cele mai multe ori chiar mai mică decît cea pe care ar merita-o cu adevărat.

Deşi în sindroamele marginale (psihopatii şi nevroze) , starea de vigilitate, funcţiile operaţional-axiologice sînt prezente, bolnavul trăieşte într-un mod de hiperconştientizare dureroasă, complexată, neîncrezătoare, dominată de teamă şi nesiguranţă a propriilor sale tulburări psihosomatice sau de supraaprecierea conştientizată - proprului Eu, în timp ce subapreciază şi aruncă vina pentru nereuşitele sale în viaţă asupra celor din jur sau a societăţii întregi. Aici avem de-a face cu o perturbare a conştiinţei de autodefinire armonioasă a Eului, în raport cu non-Eul (cu ceilalţi), de unde apar şi unele modificări etico-morale ale conştiinţei, logica afectiv-egoistă şi chiar comportamentul antisocial.

In alte maladii, cum sînt: maniile, demenţele, oligofreniile sau alte psihoze organice, suferinţele somato-psihice sînt trăite la un nivel de hipoconştientizare sau chiar de inconştientizare, bolnavii negînd că ar fi bolnavi, considerîndu-se într-o stare de sănătate perfectă (fenomen întîlnit mai ales la maniaci).

In demenţele senile şi presenile în care se pot întîlni toate tipurile tulburărilor de conştiinţă, raporturile bolnavilor cu lumea înconjurătoare sînt temporar sau permanent estompate de o întunecare a conştiinţei, care-i face să apară neliniştiţi noaptea şi somnolenţi ziua.

Degradarea şi restrîngerea progresivă a cîmpului de conştiinţă este un fenomen caracteristic debutului şi evoluţiei stărilor demenţiale, în care tulburarea orientării în timpul şi spaţiul prezent se instalează şi evoluează mai rapid, în timp ce conştiinţa autopsihică (cu toate că se păstrează mai bine) poate să ajungă pînă la o denivelare în care bolnavul să-şi piardă şi conştiinţa de sine, ajungînd astfel la un stadiu de automatism neurologic sau visceral.

Asemenea fenomene de hipoconştientizare sau inconştientizare a tulburărilor psihice şi somatice se întîlnesc şi în unele forme şi stadii evolutive ale schizofreniilor sau a altori stări delirante cronice, cum sînt: parafrenia şi paranoia.

In aceste maladii bolnavii se pot considera sănătoşi, timp în care îi acuză pe cei din jur că ar fi bolnavi; în alte situaţii acuză alte persoane sau forţe care le-ar produce

prin diferite căi şi mijloace (mai recent prin radar şi laser), suferinţe fizice şi psihice. In afara celor amintite , un oarecare dezechilibru în procesele de conştientizare se poate întîlni şi la subiecţii normali. Astfel, în conştientizarea fenomenelor, la copii predomină elementele senzorio-motorii imaginative, concrete şi afective, în timp ce la adulţi şi vîrstnici predomină elementele ideativ-intelective şi reflexive. Aceste fluctuaţii se leagă atît de vîrstă (în copilărie şi tinereţe, de obicei o suferinţă oarecare nu are o rezonanţă atît de intensă la nivelul conştientizării ca la o vîrstă mai înaintată), cît şi de sex, constituţie şi temperament (introvert sau extrovert), etc. La tipul constituţional astenic şi temperamental introvert, hiperconştientizarea senzaţiilor neplăcute dar de mică amplitudine şi intensitate, se întîlneşte foarte frecvent. De obicei conştientizarea poate influenţa trăirile noastre afective şi invers.

Astfel de exemple legate de influenţa pe care o are conştientizarea asupra funcţiilor afective, se întîlnesc foarte frecvent. De pildă, sub influenţa unor "credinţe, convingeri" sau opinii bine conştientizate (chiar dacă ele nu corespund realităţii), oamenii respectivi prezintă o repulsie faţă de obiectele, fenomenele sau fiinţele care se abat de la opiniile sau credinţele lor. Dar şi afectivitatea la rîndul ei poate influenţa conţinutul conştiinţei noastre. Deci, iată că aceste interrelaţii reciproce dintre conştiinţă şi afectivitate, imprimă conştiinţei şi un caracter atitudinal.

In acelaşi timp semnalăm şi faptul că se pot întîlni şi reacţii psihogene în care suferinţele trăite sau pericolul morţii iminente sînt hipoconştientizate, deşi cel în cauză le sesizează în orice moment. Asemenea fenomene au fost descrise la deţinuţii din lagărele hitleriste de exterminare şi la numeroşi supravieţuitori ai bombardamentelor de la Hiroşima şi Nagasaki.

Cu toate că în activitatea noastră se întîlnesc destul de frecvent unele fragmente sau acţiuni automatizate, ce se pot realiza fără o participare activă a conştiinţei, rămîne să evidenţiem faptul că în afara unei conştiinţe normo-funcţionale şi eficiente, omul nu-şi poate organiza şi regla activitatea şi acţiunile sale voluntare şi raţionale.

In cadrul acestei organizări şi orientări a activităţii omului, un rol deosebit de important revine atît funcţiei selective a conştiinţei, gradului ei de claritate, cît şi modalităţii şi proporţiei în care fenomenele de diferite categorii sînt conştientizate.

Cel mai caracteristic fenomen de îngustare a cîmpului de conştiinţă se întîlneşte în cadrul isteriei, în care "leşinul" fiind incomplet, bolnavul rămîne în contact cu ambianţa doar printr-un singur canal senzorial (nu mai simte, nu mai vede, dar aude,

etc) . Aspectele psihopatologice ale conştiinţei, întîlnite la bolnavii isterici vor fi dezbătute pe larg într-o altă lucrare din acest volum, intitulată "HISTERIA - TULBURARI DE CONSTIINTA SI CONVERSIUNI".

Uneori termenul de senzoriu este folosit pentru a evita confundarea cu termenul "starea de conştiinţă". Un senzoriu lucid este observat în mod obiectiv ca o stare de alertă, atenţie sau vigilitate. Dacă sensibilitatea subiectivă a unei persoane este redusă sau limitată într-un fel, se spune despre aceasta că are o conştiinţă sau senzorium alterat.

Modificarea conştiinţei în timpul somnului se datorează proceselor cerebrofiziologice normale de tip somnolent.

După Bazis (şi colaboratori - 1978), veghea şi somnul reprezintă cele 2 stări majore şi normale ale conştiinţei, iar delirul şi coma sînt distorsiuni patologice. Autorii de mai sus definesc somnul ca o disoluţie psiho-neuro-fiziologică a conştiinţei iar coma ca o dezintegrare a conştiinţei, în timp ce după Guiraud coma este o stare de "apsihie totală".

Visul, ca cea mai simplă şi primitivă formă de conştiinţă, este o simplificare a fenomenologiei trăite. Dezorganizarea temporo-spaţială , condensarea, deplasarea, identificarea, figurarea şi simbolismul , sînt legile după care se desfăşoară visul şi care în acelaşi timp demonstrează dezorganizarea conştiinţei, dezorganizare pe care o trăim în vis.

Sartre susţine, că "atît timp cît visul durează, conştiinţa nu poate să se determine pe sine, să reflecteze; ea e antrenată prin propria ei cădere şi continuă indefinit să sesizeze imagini. Aceasta e veritabila explicaţie a simbolismului oniric. . Conştiinţa a pierdut funcţia realului şi tot ceea ce simte sau gîndeşte nu o poate face decît sub o formă imagistică. . . Nu există într-o lume imaginară vise de posibilitate etc.; posibilităţile presupun o lume reală. . . In vis conştiinţa nu poate lua un recul în raport cu imaginile sale proprii pentru a imagina o suită posibilă a istoriei".

H.EY. prezintă în felul următor structura visului (a conştiinţei onirice); "Absenţa conştiinţei reflexive, a capacităţii de prevedere, a distanţei faţă de imageria visului; dispare deci durata cu timpuri distincte, cu posibilităţi şi cu trecut, totul se topeşte într-un act al unei imagerii scenice şi dramatice. Ca structură negativă ar putea fi semnalată disoluţia cadrului temporo-spaţial, a capacităţii intelectuale, a conştiinţei (totul se desfăşoară pe un fond sumbru, cu lipsa perspectivelor, cu

nedeterminare); visătorul aderă la concretul imaginii. Se produce o contemplare care hipnotizează pe visător cu propriile sale producţii eidetice, (. . .)".

Visul e o dramă care ne constrînge la o perpetuă referinţă, la structura esenţialmente spectaculară a conştiinţei onirice. Ficţiunea trăită se desfăşoară în scene, peripeţii, fragmente romanţate şi scenarii. Ele creează o temă semnificativă şi plastică, ce se acumulează în mii de acte diverse . . .

Manifestările somnului parţial şi insomnia pot să indice numai faptul că aceste procese normale au fost dereglate într-un fel. Dar cînd un senzoriu alterat în forma unei întunecări sau înnorări mintale, cauzele acesteia nu mai stau în funcţiile cerebrofiziologice sau în dereglările acesteia în procesele cerebrale endopatologice . Cînd astfel de procese cerebropatologice sînt acute dar relativ moderate, tabloul clinic care rezultă este atît de asemănător somnului parţial, încît sînt deseori caracterizate cu expresii, ca: "în somn", sau "oneiroid". Cele mai obişnuite forme acute de conştiinţă întunecată se datorează intoxicaţiei alcoolice. Acelaşi tablou clinic se obţine şi în urma privării de somn sau de oxigen.

De fapt, veghea, somnul şi visul sînt fenomene normale, cu periodicitate zilnică şi studiul lor a contribuit la îmbogăţirea posibilităţilor noastre de cunoaştere a patologiei calitative a conştiinţei. Psihopatologia conştiinţei începe odată cu tulburarea acestui mecanism în care visul este trăit în realitate sau amestecat cu trăirile realităţii şi nu în condiţiile unui somn normal, ceea ce constituie "oneiroidia" întîlnită uneori în debutul schizofreniei.

Tulburările de conştiinţă, de diferite aspecte calitative şi cantitative, se întîlnesc aproximativ în toate tablourile psihopatologice acute şi cronice. Desigur că în unele maladii psihice, tulburările de conştiinţă se situează pe primul loc, dominînd tabloul psihopatologic, în timp ce în alte maladii ele ocupă un loc secundar. Tocmai de aceea şi semnificaţia lor patologică în perturbarea funcţiilor psihice şi a personalităţii are valori diferite pentru fiecare maladie şi bolnav în parte.

Cele mai profunde tulburări ale primei trepte a conştiinţei, adică a lucidităţii, clarităţii şi vigilităţii le întîlnim în confuziile mintale şi alte psihoze acute, în timp ce în restul maladiilor psihice tulburările se limitează doar la nivelul celorlalte trepte. De remarcat faptul că odată cu perturbarea sau pierderea vigilităţii, subiectul poate intra într-o stare oneiroidă, crepusculară, onirică, amenţială, comatoasă, etc.

Aşa cum arată Predescu, starea oneiroidă constituie prima formă a destructurării conştiinţei. Oneiroidia se caracterizează prin trăirea unor scene de vis în care se

realizează combinaţii vizuale , imaginative şi halucinatorii stranii, cu posibilitatea reproducerii lor mai mult sau mai puţin integrală odată cu dispariţia fenomenelor confuzive. Fenomenele de mai sus adesea sînt dublate de inhibiţie sau nelinişte psihomotorie moderată şi de o privire extatică, fixată asupra propriilor trăiri oneiroide.

După H. EY. starea crepusculară s-ar asemăna foarte mult cu cea oneiroidă, cu deosebirea că, în timp ce în oneiroidie bolnavul este de obicei liniştit şi inhibat, aproape stuporos, bolnavul aflat în stare crepusculară (adesea amestecată de fenomene de vis şi realitate) poate realiza unele automatisme comportamentale (somnambulism, transă, fugi) sau acte antisociale (beţie patologică, agresivitate, suicid, etc) dar în care amnezia nu este considerată ca fiind obligatorie.

Spre deosebire de oneiroidie, în sindromul oniric lipseşte trăirea amestecată a visului cu realitatea, aceasta fiind înlocuită în totalitatea ei cu trăiri fugare şi incoerente de vis, dominate de obicei de coşmare şi scene terifiante. Onirismul tipic este întîlnit în delirium tremens, în delirul febrii şi infecţios în care, cu toată destructurarea profundă a conştiinţei (ajungîndu-se pînă la căderea în inconştient), ea nu este constantă, alternînd cu stări de veghe sau stări oneiroid-crepusculară, pe fondul cărora se instalează "delirul profesional" şi mai rar "musitant", realizate în mod automat şi inoportun.

In delirul acut în care starea biologică poate fi alterată (hiperatozemie, deshidratare, hipertermie, exicoză) onirismul, în special cel cu caracter musitant este un semnal de alarmă (în vederea instituirii unui tratament special de reanimare: microtransfuzii de sînge, vitamine etc) al trecerii bolnavului de la cea mai profundă stare confuzivă (în care conştiinţa Eului este alterată) spre sindromul amenţial şi comă (sau "întunericul total al comei" - Arseni).

In cazul epilepsiei majore are loc o dereglare mai profundă a funcţiilor creierului. Aceasta începe cu o pierdere imediată a conştiinţei, iar după atac pacientul trece într-o stare de conştiinţă întunecată care treptat devine lucidă sau se transformă într-un somn care ţine ore întregi. In epilepsia temporară constituită dintr-o combinaţie variabilă de simptome, întunecarea conştiinţei îmbracă diferite forme, dar se pierde complet cînd are loc un atac. La epileptici se întîlnesc şi alte forme de întunecare a conştiinţei, care de obicei nu ţin prea mult şi în care ei pot să comită acte neplăcute fără să-şi reamintească de ele. Uneori stările de întunecare a conştiinţei ţin zile, săptămîni sau luni. Comportamentul lor este diferit, pot fi insensibili sau

foarte emoţionaţi, cuprinşi de panică, furie etc. Unii pacienţi pot să comunice verbal trăirile halucinatorii care le-au umplut conştiinţa, dar alţii le dau pe faţă printr-un comportament care împreună cu dezorientarea dă naştere la o fugă epileptică. Pot să umble distanţe mari şi starea lor de conştiinţă întunecată se vede numai în comportarea nesigură, motiv pentru care deseori sînt acuzaţi pe nedrept că ar fi în stare de ebrietate . Pe lîngă aceste psihoze delirante, la epileptici cu o vechime de peste 10 ani mai apar şi psihoze asemănătoare cu schizofrenia paranoidă, halucinatorie şi chiar cu paranoia şi sindroamele hipocondriace.

In starea crepusculară (sau "transa", cum o numesc alţi autori), subiectul are o conştiinţă vagă despre prezenţa sa în ambianţă, putînd executa într-o formă automată o serie de activităţi, ca de pildă: mersul pe stradă, fără să se lovească de pietoni, pereţi, automobile etc. poate călători cu trenul, poate face cumpărături, scandaluri etc. Aceasta demonstrează că perceperea corectă a unor aspecte din ambianţă se realizează pe mai multe canale senzoriale şi că mecanismele manifestărilor comporta - mental-automate şi a reflexelor vitale sînt încă destul de bine păstrate.

Dintre caracteristicile stărilor crepusculare amintim: paroxismul, hipomnezia de fixare şi apoi lacuna mnestică, prezenţa unor perturbări funcţionale cerebrale şi posibilitatea realizării unor acţiuni automate. In psihozele cronice şi în special în schizofrenie, cu toate că prima treaptă a conştiinţei este clară sau cel puţin aproape de normal, datorită celorlalte tulburări ale funcţiilor psihice (de tip operaţional, etic şi axiologic), conştiinţa prezintă un caracter cvasioneiroid cu o modificare a dimensiunilor sale spaţiale, personale şi a relaţiilor cu lumea, în special în psihozele cronice în care sînt prezente fenomenele de dedublare, depersonalizare, halucinatorii, idei delirante etc.

O combinaţie de simptome caracteristice îngustării conştiinţei şi stărilor crepusculare se întîlneşte în afectele patologice (cu tendinţe clastice), în fenomenologia isteriei, în crizele de panică anxioasă (raptusul melancolic), beţii patologice, stări paranoidale şi în crizele de dezadaptare.

Scrisul automat şi alte forme de activitate presupun cu necesitate un senzoriu separat. Unii oameni pot să-şi"golească mintea" prin îndepărtarea deliberată a termenilor din centrul atenţiei lor şi dacă mai sînt capabili să facă unele acţiuni, ca de exemplu: să fredoneze un cîntec sau să scrie automat, înseamnă că sînt într-o stare de neatenţie completă. Dacă atenţia lor nu poate fi îndreptată spre o gamă mai largă de fenomene, ei se află într-o stare de TRANSA. Din acest motiv ei nu au

decît o amintire vagă (sau nu o mai au nici pe aceasta), asupra actelor efectuate în timpul transei. O persoană în transă se află într-un contact precar cu lumea înconjurătoare, iar cînd transa este adîncă, toată atenţia lor este absorbită de fenomenele din mintea lor. Pe de altă parte, cînd transa este superficială, bolnavul interacţionează cu mediul aşa cum se întîmplă cu un om distrat, care trece peste obstacole dar această interacţiune se limitează la obiectele şi evenimentele care sînt în legătură cu motivaţiile sale distrate.

In mod obiectiv, persoana în transă profundă are un tonus muscular diminuat, astfel încît începutul transei poate fi anunţat de o cădere la pămînt, unde rămîne nemişcat sau se contorsionează. Manifestările obiective ale transei superficiale seamănă cu cele ale somnului parţial: bolnavul este capabil să se angajeze în activităţi cu un scop bine determinat, deşi pare să nu fie în întregime treaz şi conştient. Asemănările dintre stările de transă pe de o parte şi cele de somn sau de întunecare a minţii pe de altă parte, nu indică faptul că acestea îşi datoresc existenţa unor procese psihoneurale comparabile.

Informaţiile dobîndite în timpul stărilor de somnolenţă sau de conştiinţă înceţoşată sînt aşa de vagi încît nu lasă urme în memorie. Aceste urme vagi sînt de obicei repede îndepărtate cînd se revine la luciditatea mentală, din cauza inhibiţiei retroactive cauzată de alte elemente. In timpul somnului visăm unele lucruri pe care ni le amintim imediat ce ne trezim, dar după cîteva minute nu ni le mai putem reaminti. Faptul că nu ne mai amintim bine de un vis se transformă într-o memorie paramnezică, care este mult mai bine reţinută decît a fost visul în sine. Acelaşi lucru se întîmplă şi la pacienţii care-şi revin dintr-o perioadă de conştiinţă înceţoşată. Pacientul îşi aminteşte puţin sau chiar nimic din ceea ce s-a petrecut cu el şi ceea ce îşi reaminteşte este în mare măsură fals sau denaturat. In timpul acestei înceţoşări a conştiinţei, ei pot efectua activităţi automate de mai mică sau mai mare complexitate, dar între acestea şi activităţile care au urmat există o "prăpastie amnestică".

Apreciind orientarea autopsihică, alopsihică şi de percepere a timpului trăit în cadrul psihozelor afective, amintim că bolnavii aflaţi în stări maniacale (dominate de euforie) îşi trăiesc propriul Eu (personalitatea) la dimensiuni hipertrofiate, plini de optimism, considerîndu-se fericiţi şi sănătoşi, într-o ambianţă plăcută în care timpul trăit se scurge prea repede, în timp ce în stările depresive bolnavii

trăiesc sentimentul unui Eu chircit, atrofiat, devalorizat, inutil, incurabil şi fără nici-o speranţă, într-o ambianţă sumbră şi o inhibiţie psihomotorie dominată de idei micromanice, tristeţe, anxietate, etc, simptome ce pot culmina prin instalarea unui comportament autolitic.

Deci modificarea accelerării sau încetinirii dureroase a scurgerii timpului trăit, întîlnit în sindroamele maniacale şi respectiv în cele depresive (descris de Minkowski anii 1966 şi Binswanger - 1971) constituie o perturbare a orientării adecvate în timp.

Sideraţia sau criza nervoasă întîlnită atît de frecvent, se caracterizează printr-o instalare bruscă a unei stări de obnubilare a conştiinţei şi de inhibaţie psihomotorie asemănătoare stuporii, cu mutism, bradipsihie, inerţie şi pasivitate; imobilitate cataleptoidă, atitudini spectaculare şi semiinsensibilitate faţă de ambianţă şi solicitările exterioare.

Sideraţia sau îngustarea conştiinţei se întîlneşte şi în "crizele de panică anxioasă", în care bolnavul fără nici-un teatralism dar sub impresia de a se afla în faţa unui mare pericol, iminent şi de neînlăturat, prezintă o reacţie de teroare, de angoasă sau nelinişte vitală. In aceste crize haosul şi dezordinea sînt totale, iar disperarea înspăimîntată şi pericolul grav şi iminent, facilitează apariţia reacţiilor necontrolate şi chiar a raptusului (descărcarea explozivă ce poate duce la acte tragice: fugă, sinucidere, crimă).

Criza de panică anxioasă sau de disperare matinală, reflectă trăirea unor sentimente de a fi în mare pericol, este o reacţie de teroare, de nelinişte, de angoasă şi încetoşare a conştiinţei, cînd haosul şi dezordinea în comportament este totală, iar disperarea duce la reacţii necontrolate. In această stare se poate ajunge uşor la un RAPTUS, iar aceste crize constituie momentele celor mai tragice drame, iar "Sinucis în zori" ar putea fi epitaful multor melancolici.

De fapt, aceste crize sînt reacţiile instinctive ale unei fiinţe ce se simte "hăituită" sau dominată de frică şi nesiguranţă în faţa unui pericol iminent, sau aflată în situaţii catastrofale, situaţii pe care unii le descriu sub denumirea de "sindromul găurii de şarpe" sau al "vizuinii de vulpe".

Aceste crize de panică anxioasă sînt dublate de marcate tulburări neurovegetative, iar dacă nu sînt tratate corect şi rapid se poate instala o stare de confuzie mintală sau o sinistroză.

O hipoluciditate a conştiinţei sau alte elemente confuzive se întîlnesc şi în crizele

paroxistice emotive, cel mai frecvent excitomotorii şi mai rar inhibate, dar însoţite de bogate reacţii neuro-vegetative.

In anumite afecţiuni febrile (febra tifoidă etc) şi în special în intoxicaţiile acute sau cronice se întîlnesc grade diferite ale tulburărilor de conştiinţă (delire febrile, obnubilare, confuzie etc). Aceste tulburări sînt mai frecvente în alcoolismul cronic în care onirismul este foarte intens comparativ cu cel produs de narcotice, opiu sau haşiş, care este mai discret, dominat de elemente halucinatorii şi de o atitudine calmă a subiectului.

Traumatismele cranio-cerebrale au ca simptoame de bază: cefalea, greaţa şi un al treilea simptom subiectiv legat de conştientizarea diminuării capacităţilor mintale ale bolnavului. Astfel, activităţile sale spontane se reduc ca număr, viteză de realizare şi acurateţe, iar pe măsură ce această înceţoşare a conştiinţei devine mai gravă, pacientul pierde contactul cu cei din jur şi începe să se comporte absurd. Un prim pas al acestei conştiinţe confuze este dezorientarea pacientului din punct de vedere al timpului. El nu-şi mai aminteşte în ce zi a săptămînii se află, luna sau anul, ori nu mai este capabil să dea o dată corectă. Pe măsură ce maladia progresează, bolnavul nu se mai poate orienta în locuri nefamiliare, se poate rătăci, iar în stadii mai avansate nu-şi recunoaşte persoanele mai familiale, pe care le confundă.

După un traumatism cranio-cerebral se instalează nu numai o amnezie de după şoc, privind lucrurile petrecute în starea de confuzie post-traumatică ci şi o amnezie retrogradă în privinţa întîmplărilor petrecute înainte de traumatism. O astfel de amnezie retrogradă ar putea fi pusă în legătură cu funcţiile sistemului mnezic, adică informaţiile primite înainte de traumă nu s-au consolidat stabil în memorie. Nu poate fi pus la îndoială faptul că amnezia retrogradă se datorează parţial unei scăderi a accesibilităţii mnezice, scădere care poate fi doar temporară. O amnezie post-confuzională gravă se poate transforma într-un sindrom dismnezic sau amnezic, care se caracterizează printr-o imposibilitate cronică de a reţine întîmplări noi, chiar dacă acestea au loc într-o stare de luciditate mintală completă.

Prin diferite grade de alterare cantitativă (obnubilare, hebetudine, stare crepusculară, confuzie etc) şi calitativă (perplexitate, rătăcire, dezorientare, stare de ciudăţenie etc), confuzia mintală atît de frecvent întîlnită în cadrul psihozelor exogene, realizează cel mai complet sindrom al tulburărilor generale ale conştiinţei, pe fondul căreia, ca o consecinţă a dezintegrării stării de veghe, apar frecvente

iluzii şi halucinaţii (cu caracter terifiant), onirism, incoerenţa gîndirii , alterarea memoriei şi tulburări ale activităţii voluntare psihomotorii, de tip hipo sau hiper - kinetic dezorganizat.

In confuzia mintală se notează în special o absenţă sau cel puţin o insuficienţă notabilă a sintezei mintale: percepţiile se efectuează, funcţiile motrice pot fi exersate, amintirile apar, dar aceste date fragmentare rămîn justapuse fără legătură, alegerea celor care pot determina comportamentul pare să se facă la întîmplare, prin automatism; atenţia şi efortul intelectual sînt imposibile, astfel încît toate procesele psihice sînt lipsite de rapiditate, amploare, eficacitate, pentru că adesea confuzia mintală este asociată cu onirismul sau delirul de vis.

Confuzia mintală realizează sindromul cel mai perfect al tulburărilor generale ale conştiinţei, cu diferite grade de alterare cantitativă, obnubilare, stare crepusculară, confuzie, comă vigilă şi de alterare calitativă: perplexitate, rătăcire, dezorientare etc.

Deci, confuzia mintală reprezintă o atingere mai mult sau mai puţin profundă a conştiinţei, ea fiind secundară unor leziuni cerebrale organice, toxice, traumatice, infecţioase, tumorale, etc, ceea ce face ca sindromul confuziv să aparţină tuturor disciplinelor medicale. Perplexitatea, gesturile nesigure, stîngace şi neadecvate, fraze neterminate şi încurcate, faciesul puţin expresiv şi aerul rătăcit, demonstrează că bolnavul confuziv este mai mult sau chiar complet detaşat de situaţia prezentă şi în afara actualităţii.

Confuzul este dezorientat, fiindu-i imposibil să se încadreze corect în timp şi să identifice locurile, persoanele, obiectele, iar atunci cînd încearcă acest lucru face greşeli grosolane ("falsă recunoaştere şi falsă încadrare"), realizînd cu greu sinteza realităţii prezente. Fizionomia poate fi dominată de indiferenţă "tîmpă" (obtuzie), de amorţeală generală, dezinserţie din realitate şi indiferenţă, dată de situaţia lui prezentă, dînd impresia că nu se mai află într-o situaţie neplăcută (hebetudine), după cu m bolnavul poate da impresia că este somnolent şi că moţăie (toarpoare, etc).

Dezorientarea se caracterizează prin imposibilitatea de a identifica locurile, persoanele, obiectele, momentul şi în cazuri mai grave chiar propria sa persoană rămîne vag sau mut, dă răspunsuri neadecvate la întrebări simple, ca de exemplu unde ne aflăm ?, în ce dată ne aflăm ?, cine este persoana aceasta ?, de unde vii ?etc.

Dacă bolnavul nu răspunde sau dacă răspunsurile date sînt incorecte, dezorientarea este totală, iar în cazul în care dezorientarea se referă numai la loc şi timp, sau numai la persoane (dezorientare aldopsihică), ea este parţială. Cînd dezorientarea este mai profundă, ea cuprinde şi propria persoană, astfel că bolnavul nu se mai recunoaşte şi neputîndu-se integra în timp şi spaţiu, îşi pierde continuitatea istorică. Aceasta este "dezorientarea autopsihică".

Dezorientarea aldopsihică generează o stare de perplexitate, erori de identificare a persoanelor şi false recunoaşteri.

In confuziile mintale , dezorientarea este acompaniată de tulburări de ideaţie, iar în demenţe şi în sindroamele psihoorganice frontal-anterioare, ea este relativ mai izolată şi restrînsă.

Dezorientarea trebuie diferenţiată de manifestările permanente ale amneziei, ca ictusul amnezic sau de sindromul de topoagnozie (LERMITE) în care bolnavul nu se mai recunoaşte pe sine în mediul exterior. In acest ultim caz, nu întîlnim tulburări ale percepţiei, nici deficit intelectual, ci numai o agnozie electivă pentru locuri. Bolnavul, de îndată ce iese de acasă, trăieşte sentimentul unui om rătăcit, paraşutat într-un oraş necunoscut. Topoagnozii sînt şi hemianeptici, iar tulburarea lor corespunde unui focar cerebral parieto-occipital drept.

De asemenea trebuie să diferenţiem dezorientarea de afazie şi de simulare. De obicei cine vrea să facă pe rătăcitul o face destul de bine, dar nu poate imita perfect o confuzie sau o demenţă a căror trăsături particulare sînt foarte bine cunoscute de psihiatrii experimentaţi. Confuzia mintală se caracterizează prin dezorientare temporo-spaţială, îndepărtare de lumea reală, inhibare şi incoerenţă ideo-verbală, precum şi o amnezie a evenimentelor trăite. Bolnavul confuz se prezintă ca un om rătăcit, perplex, care face eforturi să se dezmeticească, să înţeleagă întrebările, care trebuie repetate, să regăsească şi să identifice locurile (plimbîndu-se de icicolo şi căutînd cu privirea unele puncte de sprijin pentru a se putea integra în spaţiu şi timp). Răspunsurile confuzului sînt tardive, lente, fragmentate şi bîlbîite, iar adesea se obţine doar un răspuns negativ: "nu ştiu". Stagnarea intelectuală merge de la obnubilare pînă la stupiditate. Intrucît atenţia şi alte funcţii psihice se epuizează rapid, la întrebările noastre vom obţine răspunsuri tot mai lente şi mai dezbinate.

Ideaţia este lentoroasă, incoerentă, neclară şi vagă, iar limbajul sărac, expri-

mat prin repetări de propoziţii şi cuvinte banale. Memoria de evocare este dificilă, inexactă sau imposibilă, aşa cum este şi memoria de fixare (amnezia antero şi retrogradă).

Există în confuzie şi alterări mai grave, care ajung pînă la dezorientarea autopsihică, cînd bolnavul nu-şi sesizează propria sa apartenenţă şi cînd pune întrebări asupra identităţii sale. In cadrul confuziei mintale se întîlnesc mai multe forme particulare; dintre acestea cea mai uşoară formă este obnubilarea, caracterizată printr-o încetinirii a gîndirii, bradipsihism, cu o dificilă şi sterilă concentrare mintală, percepţie greoaie şi o imposibilitate de concentrare a atenţiei (aproxexie).

Este o "stupiditate lejeră" în care bolnavii (după Delasiauve) sînt "maşini fără motor" sau "focuri fără flacără", trăiesc o profundă stare de zăpăceală.

Această stare ajunsă la un stadiu mai înalt, cu o inhibaţie completă a conştiinţei şi a activităţii motrice, constituie "stupoarea". Forma "ataxo-adinamică" a bolilor infecţioase este o confuzie mintală astenico-stuporoasă, pe fondul căruia putem întîlni şi delirul febril.

In unele cazuri, elementele secundare modifică tabloul fundamental al confuziei. Astfel, perplexitatea poate fi sursa unor stări de nelinişte şi agitaţie, dublate de anxietate marcată, iar "falsele recunoaşteri" cînd capătă un rol de umplere a golurilor din memorie realizează "confabulaţia", care poate fi cînd săracă, plină de repetări şi reminiscenţe amestecate fără legătură, cînd bogată ca o revărsare imaginativă extraordinară, fantastică şi coerentă, dar pseudologică (întîlnită mai ales în sindromul Korsakov).

Cel mai frecvent fenomen supraadăugat confuziei este ONIRISMUL descris de Lasegne, Regis şi Chaslin, caracterizat mai ales prin faptul că bolnavul trăieşte în mod automat bogate şi intense scene animate, asemănătoare celor din vis, conştiinţa fiind dezordonată şi dominată de halucinaţii vizuale, absurde şi haotice, a căror rezonanţă afectivă antrenează o totală convingere a bolnavului, ajungîndu-se astfel la un "delir oniric", al cărui prototip este "delirum tremens". O caracteristică importantă a bolnavului aflat într-o stare confuzo-onirică este participarea lui activă la reprezentaţia onirică, în care este "eroul principal", modelîndu-şi comportamentul în mod direct cu scenele de "vis" pe care le trăieşte. In funcţie de aceste scene, uneori terifiante, reacţiile bolnavului dominat de angoasă şi panică se pot termina prin fugi, - fără o adaptare corespunzătoare condiţiilor reale de mediu - ce duce la defenestrări, loviri de pereţi, căderi în apă etc, sau din

contră, în dorința de a se apăra (sau de a-și apăra aparținătorii) de agresorii imaginari, el poate deveni agresiv, ajungînd pînă la loviri, răniri și chiar la crime sau distrugeri de bunuri materiale.

Onirismul poate îmbrăca o formă senzitivă, parestezică sau cenestezică, trăind în mod dureros convingerea de a fi deformat, electrizat, otrăvit, posedat sau chiar locuit în interior de diferite ființe etc.

Stuporul constituie o altă formă de modificare psihopatologică a conștiinței, fiind caracterizat prin păstrarea (chiar ciudată) timp îndelungat a unor poziții sau atitudini particulare, dublate de o inhibiție psihică globală, neîncadrarea motivațională și activă la ambianță și o denivelare destul de pronunțată a cîmpului de conștiință.

Etiopatologia stuporii este variată (depresii, infecții, procese expansive cerebrale, encefalite, catatonii), dar stupoarea reactivă este cea mai comună și se manifestă prin instalarea unei poziții imobile, subiectul fiind "împietrit" de spaimă, emoție sau suferință.

Termenii de obnubilare , stare crepusculară, transă, oneiroidie, onirism, confuzie simplă, profundă sau stuporoasă nu sînt decît desemnările unor grade diferite ale marelui sindrom confuzional.

In cursul confuziilor se pot observa mișcări dezordonate ale ochilor și membrelor superioare cu un aspect de pseudomanierisme. Aceste mișcări au fost descrise în febra tifoidă sub numele de "Carfologie", dar pot fi întîlnite și în alte confuzii și ele nu trebuie confundate cu diskineziile de origine cerebrală, ca flappingtremorul din encefalopatia porto-cavă cu hiperamoniemie, sau oculogiriile flotante din encefalite.

Importanța practică și teoretică a confuziei mintale se datorește atît frecvenței sale mari cît și faptului că în majoritatea bolilor psihice și somatice , uremia, acidoza, pneumonia, hipertensiunea intracraniană, tumorile și traumatismele cerebrale, febra tifoidă, colibaciloza, infarctul miocardic, stările toxico-infecțioase etc, sînt doar cîteva boli care pot debuta sau se pot complica pe parcursul evoluției lor cu o stare confuzională. Tocmai datorită acestor aspecte, examenul clinic general al confuziilor mintale are o foarte mare importanță în diagnosticul și tratamentul etiologic.

Nu trebuie uitat nici faptul că sedativele, hipnoticele, tranchilizantele, insulina etc. reduc și ele nivelul conștiinței, insulina realizînd o diminuare care poate ajun-

ge pînă la comă (pe care o realizăm şi noi în terapia psihiatrică) prin reducerea alimentării cu glucoză de care depinde funcţionarea corectă a neuronilor cerebrali.

In general, evoluţia stării confuzionale este regresivă, dar o dată cu "înseninarea" conştiinţei bolnavii se plîng de oboseală fizică şi psihică la care se asociază şi o "lacună mnestică", care cuprinde întreaga perioadă de confuzie şi mai rar un microdelir neextensiv, cauzat de păstrarea unor amintiri fragmentale asupra producţiilor sale onirice.

Revenirea din aceste stări de destructurare pînă la dezintegrarea conştiinţei se poate realiza în mod complet sau parţial prin aşa-zisele "sindroame de tranziţie" descrise de Wieck (caracterizate prin prezenţa unor tulburări mnestice, confabulaţii etc). Uneori prognosticul este mai rezervat şi în aceste cazuri pe fondul unor leziuni organice se pot dezvolta psihosindroame organice de tipul stărilor psihopatoide sau chiar demenţiale, fără a uita să amintim evoluţia gravă spre exitus prin hipertermie, deshidratare, azotermie, acidoză, exicoză, hiperpolipeptidemie etc,.

Boala comiţială furnizează în diverse moduri stări confuzive , post crize. Bradipsihia este o asociere ideativă mai lentă dar continuă. Es este însoţită, de obicei de inerţie motrică, diminuarea activităţii voluntare. Asociaţiile ideative sînt mediocre , elocuţiunea încetinită şi ezitantă cu perseverări, adică repetarea unor cuvinte de la începutul frazei. Uneori bolnavul fiind incapabil să meargă mai departe în exprimarea gîndirii ("stagnarea gîndirii"), o idee persistă fără apariţia alteia (cursul ideii se întrerupe). In cazul în care conversaţia rămîne mai mult timp suspendată, fenomenul poate fi apreciat ca o formă de "mutism stuporos", iar dacă întreruperea este mai scurtă, cu un fenomen de "baraj" a cărui semnificaţie patologică, foarte diferită, trebuie apreciată de la caz la caz.

In stările demenţiale, ca o consecinţă a tulburărilor de memorie şi a diminuării globale a funcţiilor intelectuale, bradipsihismul şi dezorientarea (chiar episoade confuzionale) se întîlnesc în mod obişnuit.

Dar, în opoziţie cu confuzul , dementul nu face nici-un efort pentru a da răspunsuri adecvate, nu are atitudine critică faţă de propria sa dezorientare, rămînînd placid şi inert, dar cu toate acestea el participînd cu siguranţă de sine la un dialog ca de pildă:

- Vă rog numele şi prenumele dvs.
- P.S.

- Adresa dvs ?
- Nu ştiu.
- Unde vă aflaţi acum ?
- Aici nu am fost niciodată, nu ştiu.
- Cine sînt eu (medicul) ?
- Stăpînul casei.
- De cînd sînteţi aici ?
- De mult (s-a internat dimineaţa).
- De cîte zile ?
- Nu ştiu.

Oprirea totală sau suspendarea cursului gîndirii ca rezultat al întreruperii funcţiilor de exprimare, este denumită stupiditate, iar cînd sînt suspendate şi funcţiile percepţiei mintale, bolnavul se află într-o stare de inconştienţă, somn sau comă în care sînt păstrate numai funcţiile vegetative (vitale).

Dar, există grade în comă, de la coma uşor vigilă, în care trezirea este posibilă prin incitări, pînă la coma carus, atunci cînd există doar numai o viaţă vegetativă.

In cazul comelor foarte prelungite, acum devenite frecvente din cauza mijloacelor moderne de menţinere artificială a vieţii vegetative şi viscerale, se poate observa o schiţare a cursului gîndirii, indicată de reacţii diverse, motrice şi verbale.

Iată cum descrie H.Caires mutismul akinetic: "Bolnavul este inert. In ciuda unei priviri care promite o vorbă, nici un sunet nu poate fi obţinut prin nici un stimul"; akinezia este totală ca şi mutismul; nu există nici un fel de expresie. In cazul complexului anoetic al lui Duensing, "bolnavii rămîn treji, atenţia lor pare vie, unii răspund corect la întrebări, alţii rămîn fără cuvînt şi fără reacţie, treji dar fără să li se poată vorbi".

Sindromul lui S.Strik se caracterizează printr-o aparenţă de trezire diurnă şi persistenţa ritmului veghe-somn . In stare de veghe unii reacţionează la stimulii simplii, la ordine şi pot răspunde la întrebări, dar fără spontaneitate, fără un curs ideic oricît de elementar ar fi el.

Aceste stări corespund unor leziuni grave ale creierului, uneori localizate în ventriculul III, uneori difuze.

Inţelegem importanţa lor teoretică abia atunci cînd sîntem nevoiţi să raportăm această semnologie organică la unele stări stuporoase şi catatonice.

In prezentul referat ne oprim puţin şi asupra unor aspecte particulare ale pierderii conştiinţei, adică a comei , consecutive atît leziunilor substanţei reticulate activatoare ascendente din trunchiul cerebral, cît şi altor leziuni ale S.N.C. Aceste leziuni constituie domeniul de cercetare şi practică al disciplinelor de neurologie şi neurochirurgie. Termenul de comă are o etimologie greacă, iar în traducere directă înseamnă "somn profund". Autorii folosesc această noţiune pentru a desemna nu o stare de somn normal şi reversibil, cînd subiectul la trezire îşi regăseşte imediat totalitatea cunoştinţelor sale, percepţiile, gîndirea, trăirea şi continuitatea Eului său, ci o stare patologică cu abolirea conştiinţei, perturbări ale funcţiilor vegetative şi biochimice.

Deci, iată că aşa cum susţine Arseni şi colaboratorii (1976-198o), stările comatoase se caracterizează prin abolirea totală a stării de conştiinţă, tulburări vegetative, oculare şi neurologice.

Comele prezintă diferite grade de profunzime(după Arseni V grade) , a căror cunoaştere (în raport cu nivelul de întindere a leziunilor trunchiului cerebral) au o mare importanţă atît în aprecierea prognosticului , cît şi în instituirea planului terapeutic.

In general, tulburările de conştiinţă, în special cele psihice consecutive unor leziuni organice ale sistemului nervos central, sînt încadrate actualmente în cadrul "sindroamelor psihoorganice" şi sînt întîlnite în practica psihiatrică curentă. In altă ordine de idei, aceste stări diferite se situează într-o suită de sindroame, care merge de la obnubilare pînă la comă, trecînd prin diverse forme ale stuporii. E.E.G şi P.E.G.-ul sînt esenţiale pentru a aprecia substratul lezional, ceea ce constituie şi un element de prognostic.

	Inhibarea percepţiei mintale	Inhibarea motrică	Inhibarea cursului gîndirii	Inhibaţia exprimării
Obnubilare simplă	+	O	O	O
Confuzia	+	O	+	O/+
Stupoare simplă	O	+	O	++
Stupiditate	+	+	++	++
Catatonie	O/?	++	O/?	++
Coma	+ +	+ +	+ +	+ +

Din schema de mai sus se pot deduce gradul şi intensitatea inhibării perceptive, motorii, ideative şi a exprimării, întîlnite în cele şase forme ale confuziilor mintale.

Tot din grupa tulburărilor de conştiinţă, "starea de ciudăţenie", întîlnită în numeroase boli psihice, ocupă un loc aparte. Paroxistică sau de durată mai lungă, ea constituie pentru bolnavi o senzaţie neplăcută a unei stări bizare, de nedefinit, inefabilă, uneori de derealizare (anomalia ambianţei) a locurilor, a lucrărilor, a persoanelor, a momentului şi a scurgerii timpului trăit, depersonalizare (deformarea propriei persoane), dedublarea personalităţii, dublate de anxietate şi îmbrăcînd uneori o formă onirică sau de vis treaz.

Depersonalizarea, fenomen descris pentru prima dată de Krishaber (1873), sub denumirea de "nevropatie cerebro-cardiacă", în care "individul nu se recunoaşte pe el însuşi ca o personalitate" (Schulder), se situează la frontiera psihopatologiei conştiinţei şi personalităţii.

Depersonalizarea, fenomen ce perturbă identitatea Eului şi realitatea exterioară, este constituită din trăirea unor senzaţii subiective, extrem de variate şi greu de exprimat, dublate de un sentiment neliniştitor de schimbare şi de irealitate, recunoscut ca patologic şi trăit neplăcut de bolnav. Bolnavii se simt transformaţi, străini pentru ei înşişi, nemai fiind siguri de propria lor identitate, pe care o cred dispărută sau au îndoieli dacă sînt "Ei" de la începutul naşterii lor, ajungînd uneori să se privească pe ei înşişi ca persoane străine (dedublare), adică să devină spectatorii propriei lor vieţi.

Pe acest fundal se pot întîlni adevărate "crize de introspecţie", ajungînd la "autoscopia" angoasantă şi la o inhibiţie cataleptică a bolnavului. Deci, depersonalizarea începe atunci cînd bolnavul trăieşte sentimente penibile nu numai de alterare a corpului, ci şi a întregii sale personalităţi.

Ea se întîlneşte mai frecvent la bărbaţi tineri, decît la femei (2 la 1), cu un nivel intelectual ridicat, în general schizofreni, psihastenici, schizoizi, depresivi, deliranţi şi epileptici.

Depersonalizarea este un fenomen destul de frecvent întîlnit în psihiatrie, în special în cadrul schizofreniei, iar într-o formă mai ştearsă şi în leziuni parietooccipitale.

Ea se caracterizează prin trăirea penibilă de către bolnavi a unor senzaţii neplăcute de dezintegrare, de transformare, de transfigurare, de înstrăinare a unor părţi din corpul său, de schimbare a personalităţii, cînd ei "nu se mai recunosc", consi-

derîndu-se trunchiaţi, desprinşi de personalitatea lor anterioară, pierzînd noţiunea de ceea ce aparţine şi este Eul lor, vorbind despre propria lor persoană la persoana a treia singular, adică "El", spunîndu-şi uneori şi numele. In această stare bolnavul îşi dă seama că gîndeşte, că vorbeşte, că merge, că execută diferite lucrări, dar trăieşte în mod neplăcut şi uneori anxios impresia sau convingerea că nu el acţionează şi că totul se realizează prin influenţe străine, metafizice, mistice etc.
Iată, că deşi depersonalizarea nu este acompaniată de obnubilarea conştiinţei şi de dezorientare temporo-spaţială ca în confuzia mintală, ea se caracterizează prin trăirea neplăcută a sentimentului de dezintegrare sau de sciziune a persoanei şi a învelişului corpului, de pierdere a materialităţii corpului şi a coeziunii organelor; de pierdere a elanului vital, de irealitate a proceselor mintale şi a propriilor amintiri, de îndoială asupra propriei sale identităţi, de vid interior, de anumite forme de impresii şi sentimente de dedublare, de DEJA VU, de "JAMAIS VU", de "MOARTE PSIHICA" etc.

Un bolnav trăind un sentiment de depersonalizare, ne spunea: "mă simt mai mic dar sînt mai mare şi mă întreb mereu dacă sînt eu pentru că privindu-mă în oglindă parcă văd un obraz neobişnuit care mă nelinişteşte".

Depersonalizarea evoluează într-o ambianţă inefabilă, inexprimabilă, fiind dublată şi de fenomenul de "derealizare", cînd odată cu "pierderea funcţiunii realului", bolnavul trăieşte şi sentimentul unei ambianţe mai reci, străine, îndepărtate, deformate sau transfigurate.

De obicei, depersonalizarea şi derealizarea reflectă tulburări ale conştiinţei personalităţii (schimbarea, transformarea, înstrăinarea sau pierderea apartenenţei, identităţii şi continuităţii propriei personalităţi - (EU), şi respectiv a realităţii lumii exterioare, ceea ce creează pentru bolnavi o stare de nelinişte şi interpretări anormale, constituie adeseori debutul unei schizofrenii, debut paranoid, stare crepusculară etc.

Deşi în descrierile clasice se susţine că simptomatologia schizofreniei tipice se instalează şi se desfăşoară pe fundalul unei conştiinţe clare, tulburările de conştiinţă sînt aproape obligatorii şi ele se observă destul de frecvent.

In afara celor descrise mai sus (depersonalizare şi derealizare), se întîlnesc şi alte tulburări de conştiinţă ca de pildă: o uşoară obnubilare, lipsa prezenţei de spirit, indiferentismul, legătura slabă cu mediul, perceperea şi interpretarea de formă

a mediului şi a relaţiilor interpersonale, ambivalenţă, transformare, stări de visare (întîlnite în debutul schizofreniei hebefrenice şi catatonice), stări oneiroide asemănătoare visului sau dormitului cu ochii deschişi, cu false recunoaşteri, dezorientare spaţială şi tulburări de percepţie.

In schizofrenia catatonică stuporoasă a fost descris şi "vacuumul mintal", caracterizat prin imposibilitatea evocării retrospective a evenimentelor trăite în această stare.

Deci, iată că deşi (în general) orientarea allopsihică (în timp şi spaţiu) este păstrată, orientarea autopsihică este destul de frecvent alterată (sindromul depersonalizării), cînd bolnavii trăiesc un sentiment neplăcut de "violare a Eului", fiindu-le impuse gînduri şi acţiuni în afara voinţei lor.

In aceste situaţii pot apărea şi tulburări de schemă corporală, iar în cadrul "automatismului psihic" bolnavul se plînge că nu-şi mai poate stăpîni gîndurile (acţiunile) sau că altcineva îl face să gîndească, eventual să-şi fure gîndurile.

Aici trebuie subliniat că "plictisul" implică un oarecare grad de depersonalizare, acompaniat atît de o scădere a nivelului stării de veghe, cît şi de o dificultate de aderenţă la situaţia reală în care se află. De fapt, plictiseala e cauzată de raportul dintre dorinţa de comutare a preocupărilor spre activităţi mai atractive şi obligativitatea de a continua o activitate plictisitoare. Această dorinţă de comutare a atenţiei şi în special a activităţii psihice spre alte preocupări şi activităţi mai noi, atractive, este o trăsătură naturală şi prin ea se ajunge la problema "curiozităţii": perceptuală (realizată prin explorare, investigare, manipulare, prelucrare, etc. cu scopul de a obţine o informaţie, de a rezolva o problemă, de a găsi un obiect pierdut sau de a scăpa de plictiseală) şi epistenică (achiziţionarea de cunoştinţe noi pentru o înţelegere şi cunoaştere mai precisă). Dorinţa de a şti este o trebuinţă "homeostazică" de bază, ea contribuie prin achiziţia de cunoştinţe noi atît la o adaptabilitate şi orientare mai bună a individului, cît şi la reducerea raportului dintre cunoscut şi necunoscut.

Absenţa conştiinţei bolii (chiar dacă ea a fost prezentă la debut cînd bolnavul sesiza că se petrece ceva cu el), tulburarea legăturilor cu realitatea şi tendinţa de a se îndepărta de realitate (autism), precum şi nepăsarea în faţa pericolelor reale - "Wahnstimung-ul" şi "Weltuntergangselebnis-ul" autorilor germani (anxietate, suspiciune, teama să nu-şi piardă personalitatea etc), fenomene care pot să ajungă la o înaltă tensiune negativă, dominată de sentimentul pieirii "lumii", intră tot în grupa tulburărilor de conştiinţă.

In sindroamele halucinator-delirante, alterarea conştiinţei "non-Eului" se datorează în primul rînd atît iluziilor şi halucinaţiilor, cît şi ideilor delirante, în funcţie de conţinutul cărora îşi adaptează şi comportamentul lor, în timp ce conştiinţa "Eului" poate rămîne nealterată.

De fapt, primele elemente ale delimitării "Eului" de "non-Eu", apărute odată cu al treilea an de viaţă, reprezintă şi începutul activităţii conştiente, delimitare şi diferenţiere ce se accentuează şi se perfecţionează cu fiecare an de viaţă, înglobîndu-se în conştiinţa "non-Eului" paralel cu dezvoltarea gîndirii şi limbajului, atît la obiectele şi fenomenele ambianţei cît şi la noţiunile de timp şi spaţiu.

Mă refer la "orientarea în cîmp" sau mai bine zis la "timpul psihic" sprijinit de repere simbolice, termen care se referă la ordonarea pe axa timpului şi a succesiunii trăirilor conştiente, creîndu-şi astfel atît o perspectivă temporară cît şi posibilitatea investigării retrospective şi prospective a timpului fizic general, (biotic, psihic şi social).

In funcţie de starea de sănătate bio-psihică precum şi de relaţiile interpersonale (sociale), perceperea aparentă şi subiectivă a scurgerii timpului psihic poate fi accelerată (ce repede a trecut timpul) sau din contră foarte încetinită (oprirea sau împietrirea timpului). Aceste fenomene de comprimare (scurgere rapidă) sau de dilatare (oprirea timpului) constituie o caracteristică aparte a timpului psihic.

Pierderea sensului de orientare temporo-spaţială, care ne permite să ne identificăm şi să delimităm situaţia noastră actuală în timp şi spaţiu (orientare autopsihică) şi în raport cu alţii (allopsihică) se întîlneşte într-o formă foarte evidentă în sindromul Korsakov şi presbiofrenie, dar în acelaşi timp aceste tulburări pot fi mai puţin sau mai mult discrete în defititele intelectuale, în fenomenele de depersonalizare şi la deliranţi (care deşi ştiu că nu gîndesc ca ceilalţi, ei cred şi îşi susţin ideile lor delirante). Spre deosebire de bolnavii confuzi (care îşi ignorează dezorientarea şi care iau ceea ce nu este familial drept familial - crezîndu-se acasă cînd ei se află de fapt în spital), deliranţii iau ceea ce-i familial ca familial dar se cred de obicei în locuri străine şi agresionaţi de cei din jur.

Prezenţa unor senzaţii sau sentimente plăcute sau neplăcute, de accelerare sau de încetinire a timpului trăit (în funcţie de calitatea experienţelor şi sentimentelor) se întîlneşte în diferite maladii psihice.

Astfel, în depresii şi mai ales în melancolie, bolnavul se plînge de oprirea timpului (sincopă de tip H.EY) simţindu-se împotmolit într-un timp fără viitor şi intermi-

nabil, dar absorbit de trecut; în sindroamele maniacale întîlnim o accelerare extraordinară a "timpului trăit", limitat la prezent, care absoarbe atît trecutul cît şi viitorul.

In delirele cronice (paranoia, parafrenia, precum şi în alte bufee delirante), întîlnim mai mult o perturbare a încadrării bolnavilor în spaţiul trăit decît în timp, iar în schizofrenie, deşi întîlnim o orientare temporară satisfăcătoare, mai întîlnim o negare a timpului scurs în timpul bolii (fenomenul de "timp împietrit)' şi mai ales cu imposibilitatea de a se proiecta un viitor. Asemenea fenomene de "împietrire a timpului" se întîlnesc şi în cadrul intoxicaţiilor (experimentale sau cronico-dependente) cu psihodisleptice.

O diminuare (parţială cu maximum de 2o de zile la debili, sau totală) a orizontului temporal se întîlneşte şi la debili mintali, a căror noţiune de timp se reduce la timpul concret şi imediat (de care sînt foarte adezivi). Această tulburare este foarte accentuată la imbecili şi chiar lipseşte la o mare parte din idioţi. La debili mintali întîlnim de obicei obtuzia.

Pierderea noţiunii de prezent şi reîntoarcerea în trecut este o caracteristică a dementilor, în timp ce bolnavii cu paralizie generală îşi orientează acţiunile şi planurile spre viitor.

Intr-o serie de îmbolnăviri psihice şi neurologice întîlnim şi o tulburare a conştiinţei de sine (tulburări de schemă corporală, derealizare etc). De fapt, cunoaşterea sau imaginea statică sau dinamică, totală sau segmentară a propriului nostru corp, reprezintă "schema corporală" sau o veritabilă "somatognozie".

Fără a ne opri în detaliu asupra agnoziei digitale (imposibilitatea de a distinge, de a număra sau de a alege degetele mîinii proprii sau ale examinatorului), enumerăm şi sindromul Gerstmann-Schilder (agnozie digitală, acalculie spaţială, agrafie pură, apraxie constructivă şi dezorientare asupra propriului corp, neputîndu-şi delimita sau mai bine-zis făcînd confuzie între partea dreaptă şi cea stîngă a corpului său) , întîlnit în leziunile posterioare ale lobului parietal; autotopagnozia (pierderea - prin lezarea lobului parietal nedominant a capacităţii de localizare a părţilor corpului, dublată uneori de sentimentul "pierderii veritabile" a unei părţi sau segment al corpului, pe care bolnavul îl poate căuta în diferite locuri); anosognozia (care merge de la o simplă indiferenţă euforică - anozodiaforie - sau o diminuare a atenţiei referitoare la o hemiplegie sau la o altă boală, pînă la nerecunoaşterea sau ignorarea totală a paraliziei - bolii - cu negarea apartenenţei la propriul corp al segmentului atins) amintind că ele aparţin discipli-

nelor de neurologie şi neuro-chirurgie.

După forma de apărare psihogenă, cunoscută sub denumirea de "negare a realităţii" şi care este acompaniată de o dispoziţie euforică, moriatică sau din contră de inerţie, dezinteres, apatie şi chiar idei delirante etc, vom trece la unele aspecte ale tulburărilor de schemă corporală întîlnite în maladiile psihice.

Astfel, în nevroze, reacţii psihogene şi în special în isterie şi psihastenie, pe lîngă îngustarea cîmpului de conştiinţă, tulburările de schemă, sau de modificări corporale, se poate ajunge pînă la fenomene obsesivo-fobice şi depersonalizare, ce pot fi atît de tenace (dismorfofobie şi alte cauze funcţional-cenestopatice), încît să meargă pînă la solicitarea de intervenţii estetico-chirurgicale sau terapeutice, iar uneori putînd ajunge chiar la un comportament autolitic. In isterie, aceste tulburări se instalează după stări conflictuale. De obicei, aceste tulburări sînt frecvent acompaniate de vertij şi tulburări de echilibru, ceea ce ne sugerează şi o strînsă legătură între funcţiile vestibulare şi organizarea schemei corporale.

In psihozele senile, afective şi în special în schizofrenie, tulburările de schemă corporală sînt mai accentuate şi chiar bizare, putînd ajunge de la dislocare, dezintegrare, fragmentare, membre fantomă, deformare, dedublare, dezincarnare, transformarea sau negarea unor organe sau părţi ale corpului, pînă la negarea întregului corp (asindromul lui Cotard) întîlnit în melancolie.

Aceste tulburări parţiale sau totale sînt trăite de bolnavi ca fenomene de alterare a Eului psihic şi somatic, în care limitele schemei corporale se şterg, se pierd, iar corpul sau numai anumite părţi devin schimbate în ansamblul lor ca formă şi conţinut (mai ales faciesul şi ochii care nu mai sînt recunoscuţi) sau devin imateriale.

In această stare de irealitate a propriei persoane, este prezentă şi derealizarea, iar introspecţia anxioasă reprezintă un efort disperat al subiectului de a se "regăsi" pe sine însuşi, în timp ce interiorizarea prea accentuată (autistică) îl îndepărtează pe bolnav şi mai mult de realitate.

De fapt, alterarea schemei corporale şi a propriului Eu accentuează depersonalizarea , iar asomatognozia din sindroamele parietale şi din maladiile psihice sînt acompaniate uneori de o îngustare sau de o uşoară obnubilare a conştiinţei şi de înstrăinare de realitate.

In concluzie,în cadrul acestui referat am abordat unele aspecte psihologice şi psihopatologice ale conştiinţei, pe care o considerăm patologică, fie atunci cînd ea

nu poate atinge amploarea şi uşurinţa care îi sînt în mod normal permise, fie atunci cînd boala o constrînge să ia anumite forme, să se dezorganizeze conform anumitor structuri care nu se mai articulează în mod armonizat şi eficace cu realul.
Desigur că din acest subiect complex şi extrem de vast, cu abordări multidirecţionale şi multidisciplinare (psihologice, psihiatrice, filozofice, sociologice, morale, neurofiziologice etc) ne-am oprit doar asupra unor aspecte psihologice şi psihopatologice ale conştiinţei şi ale tulburărilor ei în diferite maladii psihice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA PENTRU REFERATELE:

CONSTIINTA - ASPECTE PSIHOLOGICE SI PSIHOPATOLOGICE

şi

UNELE ASPECTE ALE INTERRELATIILOR DINAMICE
DINTRE CONSTIENT SI INCONSTIENT

1. AJURIAGUERRA, J., BLANC, C, - Physiologie et Pathologie du Rhinencéfale, ed.Masson, Paris, 1961
2. AJURIAGUERRA, J. et HECAEN, H. - Le Cortex Cérébral, Masson, Paris 196o.
3. ALEXANDER, F. - La médicine psychosomatique, Ed.Petite Biblioteque Payot, Paris, 1967
4. ARIETI, S. - American Handbook of Psychiatry, Basic Books, Inc. Publishers, New-York, 1974.
5. ARSENI, C., GOLU, M., DANAILA, L., ALEXIANU, D. Neurol., Psihiat. Neurochir., 4:241-252, 1976.
6. ARSENI, C. şi GONTEA AURELIA Neurol. Psihiat. Neurochir., 2:83-92, 1981.
7. BALIS, G.U., WURSMER, L., McDANIEL, E., GRENELL, R.G. - The Psychiatric Foundations of Medicine, Basic Psyhopathology, Butterworth Co, Ltd., Boston-London, 1978.
8. BREMER, F. - Some problems in neurophysiology. Univ. Press., London, 1953.
9. BRINZEI, P. - Intinerar Psihiatric, Junimea, Iaşi, 1979.
1o. BINSWANGER, LUDWIG, Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, Francke, Bern, 1947.
11. BINSWANGER, L. - Being-in-the-World, Basic Books, New York, 1963.
12. BRAIN, R. - Consciousness and the Brain, In. Bewusstseinsstörungen, Editată de: STAUB, H. und THÖLEN, H., Thieme, Stuttgart, 1961.
13. BROCA, P. - Bull. Soc. Antropologie, 2:219, 1981.

14. CAIRNS, H. - Disturbances of consciousness with lesions of the brain-stem and diencephalon, Brain, 1o9:498-526, 1952.

15. CHASLIN, Ph. - Eléments de séméiologie et de clinque mentales, 1912.

16. DIDE, M. - Les désorientation temporo-spatiales et la préponderance de l'hémisphe droit dans les agnoso-akinesies proprioceptives Encéphale. 2:276-295, 1938.

17. DUENSING, F. - Raumagnostische und ideatonischapraktische Störung des gestaltlichen Handelns. Dtsch. Z. Nervenheilk., 17o:72-94, 1953.

18. DUENSING, F. - Zur Frage der Buchstabenalexie., Über die Wortalexie, Über Alexie mit . . . , Arch. Psychiat. Z. Neurol., 191:147-19o., 1953.

19. DUFRESNE, M. La personalite de base. P. U. F., Paris, 1953.

2o. ECCLES, G. In: Brain mechanismus and consciousness. A Symposium, Blackwell, London, (18o-192), 1964.

21. E..ALD, G. - Die Bewusstseinstrübung bei symptomatischen Psychosen, Mschr. Psychiat., 99:411, 1938.

22. FISCHER, R. - Über das Rhytmisch-Ornamentale im Halluzinatorisch-Schöpferische Confin. Psychiat. (Basel), 13:1, 197o.

23. FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., - Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams Wilkins Co., Baltimore, 1975.

24. FREUD, S. - Die Traumdeutung., Fischer Frankfurt/M, 1961.

25. FREUD, S. - Das Ich und das Es. Imago, London, 1923.

26. FREUD, S. - The Ego and the Id, Hogarth Press, London, 1927.

27. FREUD, S. - Das Unbewusste, Imago, London, 1913.

28. FREUD, S. - La science des rêves (19oo), P. U. F., 195o.

29. FREUD, S. - Instincts and their Vicissitudes. Standard Edition, Vol. 14, 1915.

3o. FLORU, R. - Psihofiziologia activităţii de orientare. Ed. Acad. Bucureşti, 1968.

31. GANSER, S. - Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand Arch. Psychiat. 3o:633, 1898.

32. GERSTMANN, J. und. SCHILDER, P. - Studien über Bewegungsstörungen Folge 1-7, 2. Neur. Psychiat. 58:266-275, 192o; 58:276-279; 192o; 61:2o3-18; 192o; 7o:35-54, 1921; 85:32-43, 1923; 85:44-51, 1923 şi 87:55o-582, 192

33. GERSTMANN, J. - Psychological and pheunomenological aspects of disorders of the body image, J. Nerv. Ment. Dis, 126:495-512, 1958.

34. GERSTMANN, J. - Syndrome of finger agnosia, disorientation for right and left, agraphia and acalculia; local diagnostic values. Arch. Neurol. Psychiat. 44:398, 194o.

35. GHILIAROVSKI, V. A. - Psihiatria, Ed. Med. Bucureşti, 1956.

36. GRECU, G., CSIKY, K., CSIKY, Cs şi FAGARASAN, M. - Confuziile mintale, Neurol. Psihiat. Neurochir., 6:481-490, 197o.

37. GRECU,G. - Unele aspecte ale stărilor depresive. Teză de doctorat I.M.F. Tg.Mureş, 1971.

38. GUIRAND,P. - Psychiatrie Clinique, Ed.Le Francois, Paris, 1956.

39. H.Ey. - Psychiatriques, III. Confusion et delire confuso-onirique,Desclee, de Brouwer et Cie, Paris, 1954.

4o. H.Ey., La conscience, P.U.F., Paris, 1968.

41. HEAD,H. - Studies in Neurology.Univ.Press., Oxford, 192o.

42. JANET,P. - Der Geisteazustand der Hysterischen, Leipzig-Wien, Deuticke,1894.
JANET,P. - Alcan, Paris, 191o.

43. JASPERS,H. - Diffuse projection system: the integrative action of the thalamic reticular system.
Electroenceph.clin.Neurophysiol., 1:4o5-498, 1949.

44. JASPERS,K. - Allgemaine Psychopathologie. Springer-Verlag, Berlin, 1959.

45. JOSUTTIS,H. LEUNER,H. - Religion und die Droge (Ekstaze), Kohlhammer, Stuttgart, 1972.

46. JUNG,C.G. - Gestal tungen des Unbewussten, Rascher, Zürich, 195o.

47. JUNG,C.G. - La structure de l'inconscient. Arch.Psychol. 16:152-179, 1916.

48. JUNG,C.G. - Die Psychologie der unbewussten Prozesse, Rascher, Zürich, 1964.

49. JUNG,C.G. - Bewusstes und Unbewusstws., Frankfurt/M, 1957.

5o. JUNG,R. - In : Brain mechanisms and consciousbess. Blakwell, Oxford, 1954.

51. JUNG,C.G. - Uber die psychologie des Unbewwussten. Ed.Rascher, Zürich,1943.

52. JUNG,C.G. - Das Unbewusste im normalen und kranken Seelenleben. Zürich Rascher, 196o.

53. JUNG,C.G. - Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten, Zürich Rascher, 1964.

54. JUNG,C.G. - Instinct and the Unconscious, Brit.J.Psychol, 1o:15-26, 1919.

55. KLUVER,H. and BUCY,P.C. - "Psychie blindness" at over symptoms following bilateral temporal lobectomyin Rhesus Monkeys.
Amer J.Physial 119:352-353, 1937.

56. KRISHABER, M. - De la Nervopathie cerebrocardiaque. Gazette Science Medicine, Bordeaux, 1872.

57. LHERMITTE,I. et AJURIAGUERRA,I. - Psychopatologie de la vision. Masson, Paris, 1942.

58. MAC LEAN,D.P. - In : Les grandes activités du rhinencephale. Masson, Paris, 1961.

59. MAYER-GROSS,W. - Self-descriptions from Confusional States. The Oneiroid Experience, Berlin, 1924.

6o. MAYER-GROSS,W. - On depersonalization. Brit.J.Psychol, 15:1o3-12o, 1935.

61. MINKOVSKI, E. - Traita de psychopathologie, P.U.F., Paris, 1966.

62. MOROZOVA, V.G. - Rukovodstvo po sudebnoi psihiatrii, Medițina, Moscova, 1977.

63. MORUZZI, G. - In : Brain mechanisms and consciosness. Blakwell, Oxford, 1954.

64. MORUZZI, G. - and MAGOUN, H.W. - Brain system reticular formation and activation of the EEG, Electroenceph. clin. Neurophysiol. 1:455-5oo, 1949.

65. PAMFIL, Ed. OGODESCU, D. - Persoană și devenire, Ed. şt. şi enciclopedică, Bucureşti, 1976.

66. PENFIELD, W., PEROT, P. - Brain, 86:595-696, 1963.

67. PENFIELD, W., - Brain Mechanisms and Conscionsness, Blaskwell, Oxford, 1954.

68. POPOVICIU, L. şi colab. - Visul, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1978.

69. POPOVICIU, L. - Somnul normal şi patologic, Ed. Med. Bucureşti, 1972.

7o. POROT, A. - La confusion mentale, Ed. Doin, Paris, 1928.

71. PREDESCU, V., TERBANCEA, M., ROMILA, A., VIANU, I., DRAGOMIRESCU, V. Neurol. Psihiat. Neurochir., 3:161-169, 1973.

72. PREDESCU, V. şi ROMILA, A. - Neurol. Psihiyt. Neurochir., 2:99-1o8, 1981.

73. PREDESCU, V. - Psihiatrie. Ed. Med. Bucureşti, 1976.

74. PRIBRAM, K.H., AHUMADA, A., HARTOG, J., ROOS, L. - A progress report on the neurogical processes disturbed by frontal lesions in primates. In: The Frontal Granuler Cortex and Behaviour, Ed. WARREN, J.M., AKERT, K, McGraw-Hill, New York, 1964.

75. PRIBRAM, K.H. - In : Handbook of Physiology, (vol. II, sub redacția lui FIELD, J. şi MAGOUN, W.H), Amer. Physiol. Soc., Washington, 196o.

76. REGIS, E. - Precis de Psychiatrie, (1884), Paris, 1923.

77. SAGER, O., MARES, A. şi NESTIANU, V. - Formația reticulară, Ed. Acad. Bucureşti, 1965.

78. SAGER, O. CINCA, I., CIOCOIU, Fl. V. şi MARES, A. - Lobul temporal. Ed. Acad. Bucureşti, 197o.

79. SARTRE, J.P. - L'Imaginaire, Gallimard, Paris, 194o.

8o. SCHEIDER, K. - Klinische Psychopathologie, 7. Aufl., Thieme, Stuttgart, 1966.

81. SCHILDER, P. - The Image and Apperrance of the Human Body, Kegan Paul, London, 1935.

82. SPERRY, R.W. - Hemispheric interaction and the mindbrain problem. In: J.C. ECCLES, ed. Brain and conscious experience, Springer-Verlag, Heidelberg, 1965.

83. SPERRY, R.W. - In : ECCLES, J.C., Brain and Conscious experience.- Springer, Verlag, Berlin, 1966 (pag. 298-313).

84. SPOERRI, Th., Beiträge zur Ekstaze. Garger, Basel, 1938.

85. STRICH, S. - The pathology of brain damage due to blunt head injuries. In : The Late Effects of Head Injury. Eds. Walker, A.E., Springfield, Illinois, 1969.

86. THORPE, W.H. - and ZANGWILL, L.O. - Current Problems in Animal Behaviar. Univ. Press, London, 1961.

87. WERNICKE, C. - Über das Bewusstsein. Allg. Z. Psychiat, 35:42o, 1879.

88. WEITBRECHT, J.H. - Psychiatrie im Grundriss, Springer-Verlag, Berlin 1973.

89. WIECK, H.H. - Lehrbuch der Psychiatrie, Schattauer, Stuttgart, 1967.

9o. WIECK, H.H. - Zur Dynamik des "amnestischen" Durchgangssyndroms ("Amnesie transit syindrome"). Arch. Psychiat Nervenkr. 5:479, 1964.

SEMNIFICATIA TULBURARILOR DE CONSTIINTA IN DEBUTUL UNEI SCHIZOFRENII

Aurelia Sîrbu, Al.Secăreanu, T.Neamţu

Prezenţa unor tulburări de conştiinţă în debutul unei schizofrenii atinge o frecvenţă variabilă, în funcţie de concepţia-mai îngustă sau mai evazată- a celor care pun diagnosticul de psihoză discordantă şi de contextul structural morfo-patologic al persoanei care prezintă această afecţiune.

Gradul de semnificaţie a acestor tulburări poate fi discutabil dar în nici-un caz neglijabil. Ansamblul halucinator delirant care plonjează bolnavul într-o lume imaginativ-fantastică cu multe similitudini de vis, aduce o notă de spectaculos şi de aparentă gravitate, deoarece s-a stabilit, de această dată de comun acord, că episodul cu debut de tip oniric semnifică un prognostic mai bun şi o restabilire mult mai mare decît tipul insidios neurotic sau psihopatiform.

Cele mai cunoscute elemente aparţinînd tulburărilor de conştiinţă sînt stările de obnubilare şi cele oniroide, stări care favorizează, dacă nu chiar declanşează într-un fel modificările de percepţie cît şi pe cele ideative. Atît modificările de conştiinţă cît şi producţiile patologice oricît de bogate ar fi nu pot constitui elemente de bază pentru precizarea diagnosticului de schizofrenie, ele fac parte din grupajul simptopatologic facultativ care invadează uneori pînă la saturaţie elementele disociative şi autiste.

Participarea compartimentului afectiv este diversă şi variabilă cînd alăturea cu produsul imaginativ, cînd mai departe şi mai estompat. In debutul acut cu bine cunoscutele "pauze" şi cu repetarea în 2-3 reprize a întregului grup de modificări, participarea tulburărilor de orientare auto şi aldopsihică se realizează într-o versiune mai mult sau mai puţin identică cu primul episod. In asemenea ipostaze intervalele de timp aşa zis libere nu vor fi nici-odată egale cu starea de sănătate dinainte de primul episod, deoarece în aceste intervale persistă pe lîngă bradipsihie şi apatie o evidentă dismnezie cu fixări defectuoase şi evocări parţiale pline de erori şi eventual cu grosolane scăpări. Reconstituirile se fac cu multă aproximaţie iar elementele sînt slab ancorate într-o ideaţie cursivă şi logică, în aşa măsură încît barajele se intrică cu disociaţia, iar fragmentele imaginative cu cele halucinator-delirante.

Intr-o viziune dinamică evolutivă, este locul să menţionăm că problematica

diagnosticului pozitiv şi diferenţial al stărilor de debut al psihozei discordante centrează interesul specialiştilor prin multitudinea de date şi contraverse pe care îl conţine. In general putem considera etapa de debut şi ca o perioadă de delimitare şi decantare a simptomatologiei şi din acest motiv potenţialul erorilor de diagnostic este mai mare decît în perioada de stare de exemplu. Această problematică are însă şi implicaţii terapeutice stringente, deoarece precizia şi acurateţea diagnosticului se răsfrînge în mod inerent asupra conduitei terapeutice şi implicit asupra şanselor de remisie sau vindecare clinică.

Participarea manifestărilor simptomatice tributare conştiinţei îmbracă o gamă largă de aspecte, variabile ca dezvoltare şi în acelaşi timp nesprecifică, dar cu mare valoare terapeutică şi prognostică.

Principala problematică sindromologică a tulburărilor de conştiinţă cît şi elementele esenţiale ale diagnosticului diferenţial pot fi schematizate, după cum urmează:

a) Modul cel mai frecvent este reprezentat de tulburările de claritate etalate de la simpla obtuzie pînă la stupoare, cu preponderenţă în direcţia obnubilării, pe durate variabile de zile sau chiar săptămîni. In situaţia unei psihoze exogene există relaţii directe între evoluţia maladiei somatice de fond şi evoluţia tulburărilor de conştiinţă. Subliniem posibilitatea prezenţei producţiilor patologice de tip halucinator delirant, în general pe modelul automatismului mental.

b) O altă varietate a tulburărilor de conştiinţă sînt reprezentate de stările onirice, care reprezintă frecvent o bază pentru o structurare imaginativ-fantastică a întregului psihic, ele repercutîndu-se apoi ca nişte "încrustaţii" în psihicul bolnavului, sub forma unor prelucrări, referinţe, rememorări, căutări explicative, etc.

c) Episoadele confuzive, caracterizate de o mare dezorientare cu prelucrări simptomatologice practic nule, reprezintă un alt mare domeniu de intricare "exo-endogenă" şi din acest motiv diagnosticul diferenţial, uneori mai dificil, capătă o importanţă capitală.

d) Tulburările de conştiinţă din cadrul toxicomaniilor reprezintă un alt mare grup. de mare interes clinic şi terapeutic.

e) Paroxismele de model pitiatic, cu tulburări de conştiinţă în general de tip crepuscular sau oniroid, ridică şi ele uneori probleme dificile de diagnostic diferenţial.

In ultima vreme s-a conturat şi a început să aibă o pondere mai mare, o formă mai complexă a prezenţei tulburărilor de conştiinţă în debutul unei schizofrenii, acolo unde

apare şi consumul abuziv de alcool sau instalarea unei farmacodependenţe. In aceste cazuri prezenţa modificărilor de conştiinţă este mult mai evidentă şi mai intensă, dar în acelaşi timp consecinţele sale sînt mult mai grave.

După cum este în general acceptat, aproximativ primii 5 ani de la debutul unei schizofrenii reprezintă o etapă hotărîtoare în direcţia cristalizării simptomatologiei, dar mai ales a tendinţelor evolutive intrinseci, care sînt astăzi bine înţeles puternic marcate de aplicarea unei terapii adecvate.

In cazul cînd debutul din punct de vedere clinic a conţinut şi tulburări de conştiinţă, este posibil ca în primii 2-3 ani pe fondul unor pretexte minore, elementele confuzo-onirice să edifice din nou o lume imaginativă proprie bolnavului. In acest context se pot valida şi conduite aberante cu numeroase consecinţe antisociale, ca expresie a proiectării unei agresivităţi eliberate sau a unei anxietăţi intense. Nu sînt rare nici tentativele de suicid pe un model de autoagresiune brutală.

Considerăm că în ansamblu aceasta ar fi problematica sintetică a modalităţilor şi a ipostazelor în care tulburările de conştiinţă se pot integra în constelaţia simptomatologică cardinală a debutului unei schizofrenii.

UNELE ASPECTE ALE INTERRELAȚIILOR DINAMICE DINTRE CONȘTIENT ȘI INCONȘTIENT

Gh. GRECU, Cs. CSIKY, M. ARDELEAN și R. PALFI

Mult timp noțiunea de conștiință a fost identificată cu cea de psihic, considerînd și limitînd psihicul doar la ceea ce este trăit conștient. Actualmente se fac distincții nete între conținutul celor două noțiuni. Astfel, reflectarea conștientă a realității obiective nu numai că nu epuizează tot ceea ce există, dar nu cuprinde în totalitatea ei nici măcar ambianța imediată care acționează asupra omului, iar psihicul nu poate fi redus doar la ceea ce este reflectat în mod conștient.

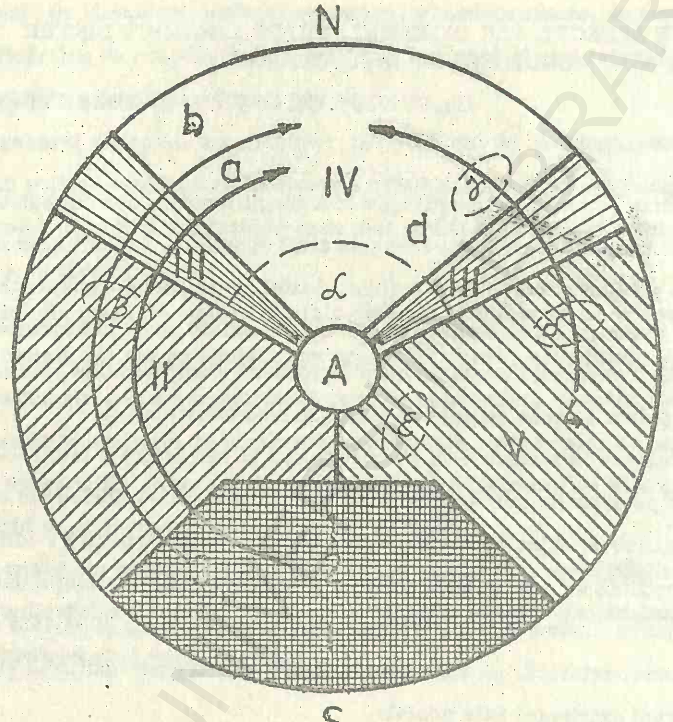
Conștiința - cu structura ei de cunoaștere și reflectare a lumii - se bazează și se fasonează pe experiențele acțiunilor personale și social-istorice ale comunicării ori ale operațiilor de selecție, construcție, combinare și structură a limbajului, iar actul de conștiință nu este decît o trăire a experienței într-o situație dată. Această conștientizare fluctuantă a experienței date de nenumărate și variate situații, are o geneză social-istorică, pe care prin învățare și activitate individul și-o asimilează pe parcursul existenței sale sociale.

La vremea sa, Marx a relevat faptul că "individul nu se naște cu o oglindă în mînă prin care să-și identifice propria ființă, ci se reflectă ca într-o oglindă în altul (în ceilalți) și pe această cale își delimitează Eul".

Prin conștiință - ca proces de reflectare cognitivă - omul reflectă atît lumea cît și pe sine însuși.

In general, nu se poate vorbi doar de existența unei conștiințe, ci mai repede de existența unor stări psihice situate în diferite faze și nivele de luciditate, claritate și conștientizare, cu toate că din punct de vedere topic și dinamic se pot delimita zone ale conștiinței clare și altele de conștiință oneiroidă, oneiroid-crepusculară, onirică, etc., ce se află situate între conștient și inconștient.

Pentru a ușura înțelegerea structurii psihice și în special a conștiinței ne folosim de reprezentarea schematică a lui DISERTORI, care în mod artificial subdivizează și încadrează într-un spațiu restrîns ceea ce prin esența sa nu este spațial.



N – polul orientării şi cauzalităţii
S – polul instinctelor
I – psihismul vital (sau "psihoidul")
II – subconştientul sau psihismul instinctiv
I–II´– inconştientul inferior sau psihismul vital instinctiv
III – preconştientul
IV – conştientul
V – inconştientul superior
I+II+III+V inconştientul şi preconştientul
A – Eul esenţial (centrul psihismului)
– Eul empiric (nucleul personalităţii) autoconştiinţa
– complexe subconştiente
– conştiinţa morală conştientă
– conştiinţa morală inconştientă
– arhetipul
1 – orme, psihism celular sau entelehia
2 – ormeter tendinţe şi scopuri vital-instinctive
3 – noormeteri
4 – tendinţe ideale
a – sentimente
b – senzaţii şi psihomotilitate
c – inteligenţă
d – intuiţie

Dicotomia activităţilor psihice între cei doi poli, adică în sfera instinctelor şi afectelor şi sfera orientării şi cauzalităţii, precum şi dicotomia dintre conştient (cu Eul esenţial şi empiric) pe de o parte şi a subconştientului şi inconştientului cu provinciile sale (inferioară vital-instinctive şi superioară de preconştientizare) pe de altă parte are o mare importanţă în înţelegerea şi aplicarea fenomenologiei psihologice şi psihopatologice a conştiinţei în general şi a psihismului în special.

Sfera orientării şi cauzalităţii cuprinde funcţiile psihice care intervin în complexul proces de orientare şi adaptare activ-raţională la lumea reală spaţio-temporară. In cadrul acestei sfere, odată cu primirea pe cale senzorială a numeroase şi variate informaţii asupra lumii exterioare, noi stabilim şi diverse raporturi de cauzalitate şi efect, ceea ce ne ajută ca prin intermediul funcţiilor psihomotorii să putem acţiona mai mult sau mai puţin, direct şi eficient asupra unor fenomene la care trebuie să ne adaptăm. Această sferă ar putea fi definită şi sfera senzaţiilor orientării şi acţiunilor inteligente.

Am putea denumi conştientul ca fiind acea zonă "luminată de conştiinţă" în situaţiile în care omul se află într-o stare de veghe optimă, zonă care-l face apt pentru orientare şi adaptare. Claritatea conştiinţei este indispensabilă unei bune orientări şi adaptări active în funcţie de cauzalitate şi de necesităţile momentane şi viitoare ale Eului. După cum se vede din schemă , polul orientării şi al cauzalităţii se află în partea superioară conştiinţei psihismului, dar sfera orientării şi cauzalităţii coboară şi în inconştient, aşa cum sfera instinctelor, al cărei pol corespunde profunzimilor inconştientului, se ridică la rîndul său în conştient, integrîndu-se cu cealaltă sferă.

La nivelul conştientului se manifestă : emoţii şi sentimente, senzaţii, tendinţe ideale şi morale, procesele psihomotilităţii voluntar-deliberate, intuiţia şi inteligenţa, precum şi impulsurile ormeterice şi noormeterice ajunse la acest nivel.

Eul empiric poate fi considerat ca o provincie centrală a conştientului care stabileşte un raport de posesiune între "el" şi alte conţinuturi. Eul esenţial denumit şi "nucleul focal al psihismului" este centrul comun al conştientului şi al inconştientului. Lui îi aparţine autoconştiinţa pe care Eul şi-o face despre sine însuşi, conştiinţa care începe să se evidenţieze în jurul vîrstei de doi ani şi jumătate. In jurul acestui Eu (care comunică cu cel empiric) se concentrează autoconştiinţa şi conţinutul psihic al personalităţii. Intuiţia pe care o avem despre Eul nostru empiric, o exprimăm prin

propoziţiile: "Eu sînt Aurel", "Eu sînt Maria", în timp ce intuiţia Eului esenţial se exprimă prin "Eu sînt un Eu", adică un EU care mă deosebesc de ceilalţi nu prin nume, ci prin trăsături psihice şi somatice proprii.

Uneori, în vis ni se poate întîmpla să ne simţim foarte diferiţi de ceea ce sîntem în stare de conştiinţă clară, şi totuşi la trezire ne dăm perfect de bine seama că Eul empiric, care în vis părea să fi aparţinut unui alt individ sau chiar altor fiinţe (păsări, animale, etc), este de fapt Eul nostru cel mai intim. In vis, Eul empiric, aflat în centrul unui cîmp al conştiinţei extrem de redus şi oniric, sub presiunea unor stimuli şi tendinţe venite din inconştient, poate suferi astfel de transformări ce pot îmbrăca chiar forme de manifestare asemănătoare celor psihopatologice (depersonalizare, dedublare, disociere, metempsihoză delirantă etc).

De fapt, în stări de somnolenţă sau de somn, conul de conştiinţă clară al Eului empiric se reduce tot mai mult, dispărînd complet în somnul profund şi fără vise.

Inconştientul nu trebuie înţeles ca un abis întunecos şi lipsit de "raze de lumină" psihică, ci ca un sediu al Eului empiric, care la timpul său a avut o oarecare claritate a trăirilor sale psihice, dar de care s-a îndepărtat foarte mult şi odată cu acesta uitarea s-a sedimentat în adîncul inconştientului.

Intre conştient şi inconştient există o zonă intermediară, în care sînt depozitate amintiri pe care le putem evoca atunci cînd dorim sau cînd sînt stimulate de întrebări şi evenimente. Această zonă poartă denumirea de "preconştient".

Subconştientul, aflat într-o strînsă legătură cu instinctele vitale (autoconservare, erotice, paterne şi materne, agresive etc), care apar în conştient ca impulsuri acompaniate de dorinţe şi sentimente capabile să influenţeze conduitele conştiente, este sediul a numeroase recepţii psihice sublimale dar pline de conţinuturi psihice, putîndu-se manifesta sub diferite forme de confort sau disconfort psihic sau somatic, asupra cărora subiectul să aibă concentrată nu numai atenţia, ci şi preocupările sale.

Aceste conţinuturi, aflate pe punctul de a deveni conştiente cîndva, într-o formă sau alta, au fost deja conştientizate, dar printr-o cenzură fermă ele au fost împinse spre uitare în subconştient şi inconştient, de unde din cînd în cînd ies la suprafaţă, demonstrîndu-şi prezenţa mai mult sau mai puţin în mod camuflat, în vis, în manifestările nevrotice, lapsusuri, etc.

Pe lîngă cele de mai sus, subconştientul dispune şi de unele activităţi intelectual-raţionale, a căror dovadă ne este dată de soluţiile găsite în timpul somnului (prezente

la trezire) la unele probleme la care nu s-au găsit soluţii adecvate în zilele precedente.

In acelaşi timp trebuie să relevăm faptul că raporturile dintre conştient şi inconştient se manifestă şi prin conflictele realizate prin aşa-zisele procese de refulare automat-inconştiente sau conştient-voluntare, cît şi prin complexele situate în inconştient sau la limitele acestuia cu conştientul. Atît conflictele, cît mai ales complexele, sînt capabile să influenţeze negativ dinamica evoluţiei psiho-fiziologice a personalităţii.

De fapt, sfera instinctelor şi afectelor, prin strînsele ei relaţii cu sfera orientării conştiente şi a înţelegerii cauzalităţii, are o serie de funcţii biologico-formative, neurovegetative, instinctive, sociale şi ideale, spre : adevăr, bine, altruism, umanism, frumos, afirmare, etc. Astfel, putem afirma că deşi instinctele au punctul de plecare din inconştient şi subconştient, ele depăşesc aceste zone şi ajungînd în "conştient", manifestarea şi desfăşurarea lor devine nu numai cizelată şi raţional-motivată, ci şi adecvată condiţiilor în care se realizează.

In acest context remarcăm faptul că manifestarea instinctelor în forma lor primitivă poartă numele de "ormeteri", iar manifestarea lor într-o formă integrată cu inteligenţă şi cauzalitate "noormeteri", (fiind vorba aici (aşa cum arată Monakov) de o dirijare mintală a manifestării instinctului). La nivelul fiecărui instinct se disting atît componentele ormeterice cît şi cele noormeterice. Astfel, de pildă în cadrul instinctului de conservare, componentele ormeterice se referă la instinctul de a mînca şi bea, de a se curăţi, de a fugi de pericol sau de agresivitate, la instinctul teritoriului şi al ierarhiei (întîlnit şi la animale), iar componentele noormeterice la cizelarea mintală a acestui instinct, primind noi valenţe şi dimensiuni , manifestate prin dorinţa şi voinţa de afirmare în relaţiile interumane, instinctul siguranţei într-o existenţă demnă economico-socială şi de a acţiona în mod altruist, prin îmbinarea intereselor personale cu cele generale, în favoarea comunităţii umane. In instinctul sexual, componenta ormeterică este reprezentată de impulsul de posedare fizică a "obiectului" sexual şi la atingerea orgasmului , în timp ce componenţa noormeterică este constituită din exigenţele socio-morale şi afective de a iubi şi de a fi iubit de o persoană determinată, de sex opus.

Fără a ne opri asupra componentelor ormeterice şi noormeterice ale altor instincte, remarcăm faptul că impulsurile şi dorinţele noastre îşi au izvorul în instincte, dar

în acelaşi timp sfera instinctelor este dublată şi de o funcţie reglatoare a diferitelor exigenţe instinctive, prin stabilirea unei ordini , atenuarea şi rezolvarea contrastelor şi conflictelor care apar între instincte. In această rezolvare - motivare şi armonizare adecvată intervine atît conştienţa cît şi conştiinţa, în special cea morală şi socială.

Cu toate acestea, în numeroase maladii psihice (chiar cu manifestări subclinice), se întîlnesc diferite forme şi modalităţi de dizarmonii în sfera instinctivă. Aceste dizarmonii pot fi generate de hipotrofia şi hipoevoluţia, cît şi de hipertrofia şi hiperevoluţia componentelor instinctive ormeterice sau noormeterice. Chiar dacă un oarecare instinct al unui individ este hipertrofic, fără manifestări patologice, în cazul în care un alt instinct este hipertrofiat (care de obicei ar putea trece fără manifestări patologice) şi din moment ce avem de-a face la acelaşi individ cu două instincte, din care unul caracterizat de hipo şi altul de hiperactivitate, dizarmonia devine mai evidentă şi în cele din urmă se poate ajunge la fenomene submorbide sau chiar morbide.

Prezenţa conflictelor instinctive, conştiente sau inconştiente, de lungă durată şi nerezolvate, pot să ducă la diferite forme de manifestări somato-psihopatologice, aşa cum se întîmplă în mod tipic în nevroze şi alte maladii psihice. In acest sens am putea spune că un rol important în realizarea dizarmoniilor şi tulburărilor activităţii instinctuale revine atît exagerării cît şi diminuării componentelor ormeterice sau noormeterice ale unor instincte (pînă la dispariţie).

In realitate, între conştient şi inconştient există relaţii de sinergie, complementaritate sau contrarietate - ultimele constituind tematica de bază a psihoanalizei.

Prin noţiunea de "inconştient" (sau cea mai profundă zonă a psihismului bazal) se înţelege totalitatea fenomenelor psihice care nu ajung la nivelul conştiinţei (conştientizării), fenomene legate mai ales de perioadele preconştiinţei de sine (sub vîrsta de 3 ani), precum şi de diverse automatisme, pulsiuni şi stimulări subperceptuale (subsenzoriale) din perioada de veghe, reprezentări şi imagini de vis din timpul somnului şi alte fenomene psihice trăite de subiect în diferite forme de conştiinţă psihopatologică. Aceste fenomene, deşi nu intră în cîmpul conştiinţei, au un permanent dinamism psihogen, manifestîndu-şi în mod simbolic încărcătura psiho-afectivă.

Odată explicată noţiunea de inconştient, vom aborda şi subconştientul în care sînt înglobate fenomene psihice conştientizate anterior, dar care la un moment dat se află

plasate în afara cîmpului de conştiinţă, avînd însă posibilitatea ca, în diferite situaţii dorite sau nedorite, sau sub influenţa unor stimuli sau motivaţii să poată fi re - aduse (rechemate) în cîmpul conştiinţei, mai mult sau mai puţin în totalitatea complexităţii lor.

Aşa cum arată Freud, introducerea termenului de "inconştient" a fost rezultatul unor raţionamente inductive seculare.

Inserţia socială începe odată cu naşterea copilului care moşteneşte deja o serie de trebuinţe biologice ("pulsiuni") care prin excitaţii interioare, cer să fie satisfăcute imperios şi necondiţionat .

Aceste pulsiuni, aşa cum arată Freud, constituie "un concept-limită între psihic şi somatic", recunoscîndu-se astfel legătura dinamică şi de interdependenţă reciprocă dintre organic şi psihic, realizîndu-se în acelaşi timp şi o concepţie dinamică asupra diferitelor fenomene psihice. Autorul de mai sus concepe psihicul ca un întreg bine structurat, fiind constituit din părţi bine articulate, cu relaţii de interdependenţă, păstrîndu-şi o relativă stabilitate şi mobilitate în vederea realizării unor funcţii generale sau particulare, în raport cu intervenţia întregului sistem (determinat biologic şi social), sau numai al unor subsisteme.

Pornind de la observaţii şi analize psihologice atente, în sfera psihicului uman s-au delimitat două sisteme bine ierarhizate: inconştientul şi conştientul, ultimului sistem fiindu-i acreditat şi "preconştientul" sau "subconştientul".

Iată ce scrie Freud (1925) despre sistemul inconştient pe care-l considera ca o realitate esenţială a psihismului, chiar psihicul însuşi: "Inconştientul este asemănător cu un cerc mare care ar include conştiinţa ca pe un cerc mai mic. Nu poate exista fapt de conştiinţă fără o preparaţie inconştientă, în timp ce inconştientul se poate lipsi de stadiul conştient, avînd totuşi o valoare psihică.

Inconştientul este psihicul însuşi în realitatea sa esenţială. Natura sa intimă este la fel de necunoscută ca şi aceea a realităţii exterioare, iar conştiinţa se informează despre el într-un fel tot atît de incomplet ca şi organele noastre de simţ despre lumea exterioară(. . . . .)." Conştiinţa nu este decît un organ de simţ care permite perceperea calităţilor psihice (. . . . .). Aparatul psihic care este deschis asupra lumii exterioare prin organele de simţ ale sistemului său de percepţie, este el însuşi lumea exterioară pentru organul de simţ al conştiinţei, care de altfel îşi găseşte în acest raport justificarea sa teleologică".

Deci, fenomenele psihice care au fost trăite cîndva conştient sau la periferia conştientului, dar care la un moment dat sînt inconştiente, dar avînd oricînd posibilitatea de a deveni conştiente, reprezintă "subconştientul" sau "preconştientul" psihanaliştilor, în timp ce fenomenele psihice, a căror manifestare se realizează în totdeauna în afara conştiinţei, reprezintă "inconştientul" propriu-zis, la care Freud, pentru a demonstra extinderea şi mai ales profunzimea lui, a mai adăugat adjectivul "abisal".

Referindu-ne la conţinutul inconştientului şi preconştientului, relevăm faptul că el poate fi constituit din date imaginare, dorinţe instinctiv-pulsionale, afecte, intenţii, aspiraţii, etc., care decantate sau decupate din trăirile anterioare mai puţin sau mai mult îndepărtate de momentul actual, se află "sedimentate" în profunzimea psihismului, neaflîndu-se momentan în cîmpul conştiinţei, dar o parte din ele putînd fi actualizate într-o formă mai mult sau mai puţin identică cu evenimentele şi fenomenele trăite în realitate de subiect, cîndva şi undeva.

O parte din aceste trăiri şi în special cele legate de primii ani de viaţă şi de alte stări cu grave tulburări de conştiinţă sau vise neconştientizate, etc., peste care s-a întins amnezia ca o pătură de nea, nu pot fi readuse în cîmpul conştiinţei noastre , iar cînd apar, conţinutul lor este "mascat" şi travestit în simboluri condensate. In cazul conţinutului lor negativ , ele sînt acompaniate de tensiune emoţional-anxioasă, disconfort şi reacţii vegetative, cu rol important în psihogeneza psihozelor.

Mai bine-zis , la nivelul inconştientului sînt localizate totalitatea fenomenelor psihice trăite de subiect pe parcursul existenţei sale care nu se supun controlului conştiinţei. In categoria acestor fenomene intră reflexele, visele, actele automate, etc. Fenomenele inconştiente predomină viaţa copilului, în special în primele luni ale existenţei sale, dar de obicei ele au o extindere semnificativă şi asupra primilor ani de viaţă, mai ales pînă cînd apare şi se formează conştiinţa de sine.

Existenţa acestor fenomene psihice inconştiente se evidenţiază printr-o gamă variată de manifestări trăite de subiect în diferite împrejurări, ca de pildă în somn şi vise, somnambulism, pavor nocturn, etc., prin succesiunea diferitelor reprezentări acompaniate de trăiri emoţionale şi alte fenomene psihice fără o reflectare conştientă: în stare de veghe, cînd automatismele sau reacţiile la stimulii subsenzoriali se produc în afara cîmpului conştiinţei şi în stările psihotice cu alterarea

sau abolirea conştiinţei.

In accepţiunea psihanalitică, inconştientul abisalist, constituit dintr-un nucleu de "formaţiuni psihice moştenite" (analoage cu instinctele animalelor), la care se adaugă şi trăirile refulate, constituie originea şi esenţa vieţii psihice.

Astfel, inconştientul ar putea fi definit ca "o gîndire instinctuală", determinată de cele mai elementare dar şi fundamentale cerinţe biologice, a căror satisfacere sau nesatisfacere duce la trăirea unui sentiment de satisfacţie sau insatisfacţie.

In dezvoltarea inconştientului se disting două modalităţi şi anume:

a) ereditatea, procesele primare şi montajele elaborate înainte de , şi pe lîngă conştiinţă;

b) contextul activităţii psihice umane, ca un compartiment al acestuia şi al interacţiunii cu conştiinţa;

Deci, iată că inconştientul are strînse relaţii de interdependenţă cu conştientul, pentru că odată cu pierderea acestei legături el nu mai are sens.

In interpretarea freudiană clasică, inconştientul are un conţinut tridimensional, şi anume:

a) atribut al fenomenelor psihice aflate în afara cîmpului de conştiinţă;

b) compartiment al aparatului psihic cu rol important în determinarea şi reglarea reacţiilor;

c) modalitate specifică de existenţă a sinelui şi ca latură a Eului şi supraeului;

De fapt, din cele relatate rezultă faptul că inconştientul, prin baza sa pulsională şi sediul principal al conflictelor interne şi al refulărilor, are un sens dinamic şi un sens topic delimitat de conştimţă. Actualmente se consideră că pentru a înţelege psihismul uman e necesar a apela atît la conştient cît şi la inconştient.

Deoarece conştiinţa nu poate epuiza viaţa psihică complexă a omului, e nevoie ca pentru o înţelegere mai completă a diferitelor fenomene psihologice şi psihopatologice să apelăm la studiul inconştientului şi la relaţiile sale cu conştientul.

Psihanaliza limitează inconştientul la pulsiunile hedonice refulate, acordîndu-i în acelaşi timp un rol exagerat în influenţarea conştiinţei şi a determinismului psihic. Lagache este de părere că inconştientul scoate la iveală dorinţele fără ca în această direcţie să intervină şi conştiinţa. Pentru Freud , "calea regală" în vederea descoperirii inconştientului sînt visurile care în apariţia şi desfăşurarea lor (condensare, conversiune, deplasare, simbolizare) sînt identificate cu mecanisme şi legi ale in-

conştientului. Tot în acest mod sînt explicate şi actele ratate.

La baza dinamicii inconştientului se afirmă că ar sta conflictele dintre tendinţele libidinale şi interdicţiile supraeului, care prin refularea lor la nivelul subconştientului sau preconştientului redresează nivelul conştiinţei. Odată cu instalarea conflictelor la nivelul inconştientului, ele îmbracă forma unor frustraţii şi complexe care în cazuri mai grave contribuie la instalarea nevrozelor sau psihozelor. H. Ey defineşte inconştientul ca fiind o "infrastructură subiacentă sau marginală a vieţii psihice, care nu intră în cîmpul conştiinţei actuale sau scapă în mod constant conştiinţei actuale (. . . . .) sau conştiinţei în sine ". . . . iar " procesele inconştiente" se realizează în afara timpului, au puţină consideraţie pentru realitate şi se dezvoltă ca o dublură a vieţii conştiente".

Basin susţine că inconştientul este dominat de legea "totului sau nimicului" care generează impulsivitatea sau spontaneitatea. Deşi unii autori sînt de părere că inconştientul ar fi un sistem dezorganizat, alţii susţin, din contră, prezenţa mai multor nivele de organizare şi dinamism şi că dezorganizarea şi iraţionalitatea sînt prezente numai atunci cînd ele sînt raportate la structurile conştiinţei.

Pornind de la faptul că structurile dinamice ale inconştientului nu sînt în aceeaşi măsură şi plastice, ci dimpotrivă neobişnuit de rigide, Freud atribuie conflictelor şi complexelor trăite în copilărie un loc extrem de important în structurarea personalităţii adultului.

Ralea clasifică inconştientul în 3 forme: automatic, efectiv şi funcţional, iar Bella cere să se facă o distincţie între inconştientul fiziologic (cu strînse legături psihosomatice), inconştientul latent, automatic şi inconştientul dinamic sau afectiv care este cel mai frecvent abordat de psihanalişti.

Interpretarea filozofică sau psihologică a inconştientului şi a raporturilor sale cu conştientul diferă foarte mult.

Astfel, în timp ce Schopenhauer şi Hartmann consideră inconştientul ca o forţă metafizică incognoscibilă care ar sta nu numai la baza vieţii psihice a omului ci chiar a întregului Cosmos, psihanaliştii (Freud şi Jung) îl interpretează ca fiind partea cea mai importantă a energiei ce determină dezvoltarea vieţii psihice şi comportamentale a individului.

Interesantă ni se pare părerea lui Levi-Straus care compară subconştientul cu un rezervor de amintiri, iar inconştientul cu stomacul care ar digera imaginile şi trăi -

rile care-l parcurg, imprimînd astfel o structuralitate a elementelor nearticulate şi întîmplătoare, venite de aiurea (emoţii, pulsiuni, amintiri, reprezentări) şi epuizîndu-şi (prin aceasta) astfel propria realitate.

Cu toate acestea, prin legăturile sale cu impulsiunile activităţii primare şi procesul de automatizare a reacţiilor comportamentale, inconştientul are şi un rol destul de important în ontogeneza dinamică a vieţii psihice şi a cpmportamentului.

Analiza psihanalitică a inconştientului poate duce uneori la cunoaşterea cauzelor profunde, a sensului fundamental al comportamentului unei persoane precum şi la vindecarea unor tulburări psihice, în special nevroze.

Prin psihanaliză se caută descoperirea şi conştientizarea unor tendinţe şi dorinţe refulate în subconştient sau inconştient, pe motiv că ele s-au aflat în conflict cu normele morale şi sociale. Dar cu toată depozitarea lor inconştientă, ele nefiind realizate nu dispar ci se manifestă prin diferite stări tensionale sau de altă natură, capabile să ducă chiar la perturbarea vieţii psihice. Odată descoperite, conştientizate şi descărcate de încărcătura lor tensional-afectivă, starea bolnavului se ameliorează. Deci, complexitatea vieţii noastre psiho-sociale face ca multe din emoţiile şi tendinţele noastre să nu poate fi exteriorizate şi convertite în mod liber în activităţi voluntare. Ele fiind refulate, vor acţiona prin intermediul inconştientului asupra funcţiilor vegetative şi afective. Astfel se poate ajunge la concluzia lui Alexander că "şi conflictele emoţionale sînt atît de concrete şi reale ca şi microorganismele" şi că psihanaliza constituie un "microscop psihologic" care permite nu numai depistarea acestor conflicte rezultate ci şi conştientizarea şi descărcarea conţinutului lor tensional, şi odată cu aceasta, ameliorarea şi echilibrarea legăturilor dinamice dintre conştient, subconştient şi inconştient.

Iată că şi prin psihanaliză se demonstrează existenţa interrelaţiilor şi unităţii dinamice a conştientului, preconştientului şi inconştientului.

In general, între conştient şi inconştient există relaţii de interdependenţă şi de permeabilitate, ceea ce demonstrează că toate actele şi fenomenele psihice au într-o măsură mai mare sau mai mică componenţe mixte. De fapt, nu în totdeauna inconştientul se opune conştientului, iar inconştientul este considerat ca o forţă bazală şi dinamizatoare a conduitelor individului, avînd însă legi de organizare diferite faţă de conştiinţă, el fiind o treaptă în ierarhia simultană a acţiunii şi existenţei umane. De fapt, inconştientul constituie şi reprezintă o tendinţă spre conştientizare, el aflîndu-se

într-o strînsă corelare cu sistemul nervos vegetativ şi cu structurile mezodiencefalice şi sistemul nervos central.

Sistemul neurovegetativ - cu importantele sale funcţii de reglare (cardio-respiratorii, digestive, etc) - este un excelent coordonator al tuturor sistemelor şi aparatelor cu activităţi vitale, a căror funcţionare se realizează în mod inconştient.

In situaţii diferite, generate de emoţii, afecte, complexe, conflicte, sentimente, dorinţe, anxietate, etc, profunde şi obscure, trăite inconştient, dar pe care sistemul neurovegetativ, ca un barometru sensibil odată ce le sesizează acţionează asupra lor în mod diferit sau uniform, asupra claviaturii diferitelor noastre organe şi aparate, ceea ce a dus la descrierea aşa-zisului "limbaj al organelor" ce ar exprima în mod simbolic diferite suferinţe somato-psihice.

La acest nivel şi în acest context, inconştientul influenţează trăirile noastre psihice, avînd şi un rol important, aşa cum arată H. Ey, de a apăra organismul " în funcţie de agresiuni şi stimulări emoţionale a căror derulare se operează în mod automat în corp".

In cazul în care agresiunile şi stimulările emoţionale nu numai că se repetă dar se şi accentuează , ele trec din inconştient prin subconştient la nivelul conştientului, fiind conştientizate sub forma unor acuze viscerale dureroase.

Prin studiile sale, Pavlov a contribuit cu date importante la înţelegerea conştientului, date prin care a demonstrat că viaţa vegetativă este dirijată de cele mai simple reflexe. Pe lîngă cele de mai sus, trebuie să remarcăm faptul că în ultimele trei decenii , psihiatri, psihologi, neurofiziologi, neurochirurgi, ciberneticieni şi alţii cercetători au trecut sau au realizat o serie de investigaţii în vederea elucidării diferitelor relaţii existente între somă şi în special între sistemul nervos central şi psihic. Din aceste cercetări nu s-au putut demonstra prea multe elemente legate de studiul inconştientului, abordate căruia rămîne încă de domeniul psihanalizei şi psihodinamicii.

Neuropsihologia şi neurofiziologia studiază de obicei fenomene relativ elementare, ca de pildă: efectul de trezire, somnul, atenţia, memorizarea şi chiar în cadrul acestor domenii investigaţiile se află încă în faza de început.

Datorită acestor aspecte, cercetările psihopatologice sînt destul de apropiate, dar totuşi îndepărtate de profunzimea şi abisul inconştientului.

In continuare vom expune pe scurt experienţa lui Murphi şi Newcomb care au arătat

cum pot fi asociate reacţii negative cu o impresie precisă, fără ca relaţia să fie cîtuşi de puţin conştientă persoanei respective. Astfel, ei au lăsat să urmeze după anumite cuvinte o excitaţie electrică, în urma căreia cuvintele expuse ulterior, singure şi neînsoţite de excitaţia electrică, au declanşat mişcări de apărare, ca în situaţia iniţial experimentală. Interesant este faptul că astfel de reacţii au putut fi măsurate mai tîrziu, cînd persoanele cercetate nu şi-au amintit că cuvintele respective au fost asociate de o excitaţie supărătoare. Ba mai mult, s-a constatat că această apărare condiţionată a fost mai intensă în lipsa existenţei unei memorii conştiente, ceea ce se potriveşte cu ipotezele psihoanalitice ale semnificaţiei patogene a lacunelor mnestice. Graniţa dintre fenomenele conştiente şi inconştiente trebuie înţeleasă dinamic şi nu static. Uitarea funcţională şi refularea nu duc la o dezintegrare a fenomenelor, chiar dacă amintirile pot fi acoperite pentru un timp, ca apoi să devină iar conştiente prin fenomenele de excitaţie şi inhibiţie, în cazul în care amintirile se asociază cu efectele care au existat în cadrul percepţiilor şi trăirilor iniţiale.

Jung este de părere că croirea drumului selectiv al reamintirii ar fi legat de blocarea afectivă a altor conţinuturi ale memoriei şi că în aceasta ar consta probabil baza neurofiziologică a refulării.

Cît de mult inconştientul poate influenţa activitatea noetică, rezultă indirect din experienţele lui Schönpflung , care activînd sistemul reticulat (prin stimuli acustici şi confirmată psihogalvanic), a pus în evidenţă modificări fine ale aprecierii şi evaluării calitative a distanţei, a intensităţii unei culori, sau a numărului elementelor constitutive ale unui profil, aprecieri care depindeau în foarte mare măsură de gradul activării.

Dacă ne gîndim că emoţiile şi afectele, a căror provenienţă şi structură nu trebuie să ne fie conştientă, pot activa sistemul nespecific, atunci se clarifică faptul că nu numai stările atenţiei ci şi momentele afective din inconştientul vieţii psihice pot stimula şi ghida cele mai înalte capacităţi discriminatorii. Deseori perceperea unor afecte şi expresii mimice suplimentare la semenii noştri . prin efectul lor amplificator reglează propriile noastre sentimente într-un alt mod şi sens decît cel al comunicaţiei raţionale, este un izvor puternic al atitudinilor inconştiente de adaptare, apărare şi altele de felul acesta.

Desigur, există şi unele cercetări care încearcă să cuprindă topologic inconştientul în legătură cu dezvoltarea neurofiziologică a individului, dar aici concordanţa

cu subdiviziunile topologice ale aparatului psihic amintite de Freud, rămîn însă numai simple speculaţii şi devin chiar ireale în epoca noastră bazată pe cercetări care ne demonstrează cum diferitele funcţiuni psihice sînt integrate prin circuite neuronale extinse în diferite regiuni cerebrale. Dacă se concepe o structură cerebrală specială, cum ar fi sistemul limbic, important pentru viaţa psihică inconştientă , atunci această concepţie este încă mai problematică decît dacă s-ar considera formaţia reticulată ca sediu al conştientului. H.Ey. este de părere că experienţele senzoriale suferă în thalamus un fel de incorporare (inkorporation) şi după cum spune el, emoţionalitatea ar primi în zona limbică o primă structurare temporară (temporalisation) deoarece după cum a fost pusă în evidenţă de Pribram, secvenţele temporare ale structurilor instinctuale sînt formate abia de structurile limbice. Mac Lean ne arată relaţiile strînse între oralitate, sexualitate şi agresivitate în sistemul limbic. El vorbeşte de o "sinestezie a diferitelor calităţi emoţionale, care ar admite un fel de simbolism emoţional, preverbal, presupunînd că paleocortextul ar fi un analizator primitiv al experienţelor emoţionale, adeseori inconştiente, unde diferenţierea între interior şi exterior, individ şi lumea înconjurătoare ar depinde de sistemele de proiectare. In acelaşi timp, ne atrage atenţia că în vise şi simptome psihosomatice se instalează o identitate între interior şi exterior. Psihiatrul francez H.Ey exprimă părerea că relaţiile ce se realizează între structurile specifice şi nespecifice ale sistemului limbic ar părea deplasate în favoarea structurilor nespecifice; că singura funcţiune specifică - olfactivă - ar apare ca o modalitate mai largă, mai profundă de percepere şi simţire, cuprinzînd întreaga dinamică emoţională. Nu intrăm în detalii deoarece acestea sînt defapt numai interpretări sau presupuneri. Si astfel de teze că ghidările comportamentale ale mecanismelor emoţionale au loc de fapt în hipothalamus (interior), iar în sistemul limbic nu s-ar mai constitui ca un simplu "Sham rage" ci ca o lume a subiectivităţii, nu sînt deocamdată mai mult decît nişte simple cunoştinţe ipotetice.

Inconştientul şi conştientul sînt două contraste polare ale psihicului. Este imposibil de a vorbi de un pol fără a pomeni de fundalul constituit de celălalt pol, care-i conferă importanţă primului pol, precum de exemplu, nu numai lumina şi întunericul, frigul şi căldura, frumosul şi urîtul sînt fenomenologic în raport unul faţă de celălalt, ci chiar şi aşa-zişii neuroni (de exemplu de lumină şi întuneric), sistemele B şi D, care le percep, se află într-un raport reciproc de inhibiţie. Astfel sînt posibile feno-

menele de contrast în toate sistemele senzoriale şi probabil şi în polaritatea conştientului şi inconştientului, prin mecanisme asemănătoare.

Rolul atenţiei pentru focalizarea raporturilor preconştiente în zona conştientului, au fost în decursul ultimilor ani studiate de mai mulţi cercetători. Calitatea şi cantitatea informaţiilor prelucrate de conştientul nostru poate să se modifice prin schimbarea direcţiei condiţionate complex, aşa cum ne demonstrează bolnavii hipocondriaci prin nenumăratele lor acuze. Chiar şi în cazul halucinaţiilor, Arieti a constatat la schizofrenicii trataţi psiho-terapeutic că halucinaţiile auditive au fost precedate de o stare de ascultare activă a halucinaţiilor, dublată de îngustarea atenţiei şi de cuprinderea altor reprezentări, aceste fenomene fiind inconştiente.

După Ceccato, atenţia noastră ar avea funcţia de a fragmenta fluxul raportărilor senzoriale preconştiente în mici unităţi, care durează cît a 2o-a parte a unei secunde, pînă la maximum una sau două secunde. Ele ne sînt prezentate numai în această perioadă scurtă şi ne rămîn apoi conştiente, pe cînd memoria noastră avansează trecînd prin rezumări permanente ale evenimentelor ce s-au petrecut în trecutul imediat. După Jasper, sistemul thalamo-cortical reglează atenţia focalizatoare, aşa după cum activarea generală a stării de veghe este ghidată de sistemul precedent.

Mai trebuie să amintim şi constatarea că anumiţi neuroni corticali din zonele acustice şi vizuale ce se află în legătură cu ascultarea şi privirea atentă, aşa-zisă "Atention-Units" şi "Visual-Units" nu intră încă în acţiune în cazul în care ascultăm şi privim neatent.

Să mai amintim şi "novelthy detectors" (neuroni situaţi în thalamusul ventrobazal) ai lui Jasper, care reacţionează numai la acei excitanţi (de diferite feluri ce vin din toate părţile corpului), care reprezintă ceva nou pentru organism, trezind atenţia acestuia. Indată ce aceste excitaţii se repetă, organismul se obişnuieşte cu ele, apare neatenţia, iar aceste excitaţii mici nu devin conştiente.

Desigur că utilizarea noţiunii de inconştient în cercetările experimentatorilor necesită o revizuire critică şi aceasta cu atît mai mult cu cît procesele neuronale nu prezintă o complexitate suficientă ca să fie îndreptăţită denumirea lor de procese psihice. Ele nu sînt psihic inconştiente, ci sînt inconştiente deoarece nu sînt psihice. Insă şi constatarea că date neurofiziologice, cum ar fi faptul că neurocortexul în somn arată o activitate neuronală complexă, sau faptul că organele receptoare, ca de exemplu retina, prezintă şi în întuneric o activitate spontană, că porţiuni întinse din pro-

cesele de percepţie induse prin stimularea electro-fiziologică a suprafeţelor recep-toare se petrec în afara conştiinţei (aşa după cum ne arată cercetarea potenţialelor evocate la animalul anesteziat), încă nu denotă că am avea de-a face cu procese in-conştiente în sens psihic. Aceste procese inconştiente autentice se lasă presupuse numai acolo unde ele ating o complexitate demonstrabilă, fie prin trăirea acestora în vis, fie prin comportarea generală a individului, ceea ce ne permite să vorbim de individ şi nu numai de un fragment minuscul al vieţii lui psihologice.

Etnologii (Thorpe) concep astăzi conştientul ca acea formă mai înaltă a reglării comportamentului fără de care n-ar fi posibile anumite trepte integrative şi prin aceasta stăpînirea unor situaţii foarte complexe. Se poate vedea şi în inconştient o astfel de formă a reglării generale, chiar dacă sînt de ordin inferior, ceea ce re-zultă mai ales din cercetarea visurilor efectuată de Carl Gustav Jung şi Popoviciu L. Noi sîntem de părere că inconştientul nu este constituit numai dintr-o abundenţă necoerentă de impulsuri libidinale variat - amestecate între ele, cum iniţial presu-punea Freud, ci şi din alte funcţiuni cu rol în corijarea, compensarea şi completa - rea conştientului, ceea ce înseamnă că inconştientul include şi o organizare structu-rală complexă.

Desigur, cercetările moderne neuropsihologice care abordează inconştientul se referă la modalităţi de comportament mai complexe ,ca de pildă cele ale lui Sperry, R.W. şi Pribram. K.H. Sperry, prin experimentele lui cunoscute sub numele de Split - Brain (adică separarea celor două emisfere cerebrale efectuată la 6 epileptici cărora le-a fost despărţit corpul calos prin secţionarea substanţei intermediare, co-misura hipocampului şi comisura anterioară), a demonstrat că pacienţii lui au putut denumi şi descrie în scris obiecte care au fost văzute în jumătatea cîmpului vizual corespunzător emisferului stîng, ceea ce nu au putut face cu obiectele ale căror ima-gini au fost prelucrate în jumătatea emisferului drept. Aceasta înseamnă că exprimă-rile verbale au fost posibile numai în procesele vizual-gnostice realizate în emisferul stîng. In acest context intră şi observaţiile experimentale făcute recent de Pribram, K.H., din care rezultă că atunci cînd emisferele cerebrale sînt separate (prin secţi-onarea joncţiunii care le uneşte în mod normal), se relevează faptul că informaţiile realizate într-una din cele două emisfere cerebrale sînt total inaccesibile celeilalte emisfere.

Acest fenomen realizat experimental relevează ideea că omul ar fi în realitate constituit din două entităţi distincte: una verbală şi cealaltă instrumentală. Dar, aşa

cum ştim, omul nu este numai creier, intelect, sentimente sau corp fizic, el este un tot unitar, un întreg şi orice separare a părţilor lui (experimentală sau patologică), înseamnă alienarea lui.

Ceva similar a rezultat şi la fenomenele tactil-stereognostice: adică obiectele pe care pacienţii le-au cuprins cu mîna dreaptă fără a le vedea, au putut fi denumite şi descrise, în timp ce obiectele atinse cu mîna stîngă au rămas necunoscute.

Deci, este emisfera dreaptă incapabilă de a recunoaşte? Nu complet. Dacă pacientul a fost îndemnat de a alege orbeşte obiectul văzut prin emisfera dreaptă şi deci nerecunoscut cu mîna stîngă din rîndul altor obiecte, alegerea a fost totuşi în totdeauna corectă. In caz că pacientul a fost întrebat după aceea ce anume a ales, atunci emisfera stîngă, cea cu limbajul, a încercat a confabula un răspuns ad-hoc, dar imprecis. O variantă a acestui experiment consta în a proiecta un tablou comic sau răscolitor cu rezonanţă afectivă pe jumătatea cîmpului vizual, corespunzător emisferului drept, iar pe jumătatea celuilalt emisfer vizual corespunzător emisferului cu zona limbajului s-a proiectat un obiect neutru, ca de exemplu o peniţă. Fiind întrebat ce a văzut, pacientul răspundea în totdeauna că el ar fi văzut numai o peniţă. Expresia mimică, zîmbetul, jena şi aşa mai departe, arată însă că el "ştia" şi de tabloul celălalt. Intrebat de motivul exprimării mimice a afectului, pacientul însă confabula, continuînd să se scuze că el ar fi fost deranjat de lampă, sau că ar fi zîmbit fără motiv, etc. Cu alte cuvinte, emisferul drept a mijlocit o "cunoaştere" pe care o mînă a putut să o recunoască, dar care fiind rămasă la un stadiu preverbal, a putut fi numai parţial integrată în sistemul Eului, motiv pentru care Eul confabula. Iată că prin aceste experienţe se pare a fi indirect şi parţial confirmată importanţa acordată de Freud organizării verbale pentru conştient şi preconştient.

De fapt, în lucrarea asupra "Eului şi sine-Eului" Freud scria: "Am făcut acceptarea că diferenţa adevărată a unei percepţii inconştiente de una preconştientă constă în aceea că prima se petrece cu un oarecare material care rămîne necunoscut, în timp ce la ultima se alătură legătura cu reprezentarea prin cuvînt. Intrebarea: cum devine ceva conştient? ar suna mai potrivit: cum devine ceva preinconştient? şi răspunsul ar fi: prin relaţia cu reprezentările prin cuvinte corespunzătoare".

In acelaşi timp, remarcăm şi faptul că interrelaţiile conflictual-tensionale dintre conştient şi inconştient realizate prin diferite mecanisme prihodinamice pot genera nenumărate fenomene psihopatologice de tip nevrotic şi chiar psihotic.

Psihanaliştii susţin că în orice formă de nevroză există o combinaţie biopsihogenică, bifactorială şi anume: predispoziţia terenului şi viciaţiile evoluţiei afective şi ale raportului cu mediul socio-familial în copilărie.

Predispoziţia terenului, formată din aşa-zisele tendinţe înnăscute ar constitui în continuare o ţesătură de fond atît pentru activităţile mintale normale cît şi pentru cele patologice. Pe acest fond de predispoziţie, intervin din primele momente ale vieţii influenţele mediului şi felul relaţiilor dintre Eu şi anturajul său, fasonînd astfel trăsăturile individului, ajungîndu-se treptat la un fel de caracter şi personalitate. Un echilibru corect şi armonios între manifestările originale ale Eului şi mediu, între dezvoltarea lui şi adaptare, facilitează o maturizare afectivă corespunzătoare. Vicierile endonegezei personalităţii duc la forme particulare şi perturbări ale procesului adaptiv şi în special la fixarea într-un stadiu intermediar a maturităţii afective, fenomen care ar constitui baza sau nevroza însăşi.

Astfel, personalitatea este fasonată de suma a ceea ce îi vine din antecedente şi de la propria-i "natură", cu ceea ce-i aduce exteriorul, mediul în care este adus şi primit, sau mai pe scurt educaţia şi cultura privite în cele două dimensiuni ale lor : intelectuală şi afectivă.

După cum se vede, explicarea psihanalitică a mecanismelor psihopatologice şi în special a nevrozelor, este destul de aprofundată.

In explicarea acestor mecanisme se apelează atît la datele clinice şi biologice cît şi la cele socio-familiale şi la reflexele condiţionate ale lui Pavlov (cu nevrozele lui experimentale). Freudiştii susţin că principiul plăcerii imediate domină viaţa copilului încă de la naştere: a mînca, a suge, a evacua, a avea contacte corporale cu cei care-l înconjoară, de a simţi o sexualitate difuză, de a se ataşa de anturajul său şi în special de mamă, de a i se acorda interes din partea aparţinătorilor săi etc.

Dar, treptat, treptat el trebuie să renunţe la aceste plăceri şi să se adapteze la un mediu cu unele norme mai mult sau mai puţin bine armonizate cu pulsiunile şi cerinţele psihobiologice necesare pentru moment dezvoltării sale normale. Astfel, el trebuie să mănînce şi să fie spălat la ore fixe, să fie curat, să-şi vadă mama ocupîndu-se cu dragoste şi de ceilalţi membri ai familiei, într-un cuvînt el este pus în situaţia de a-şi sublima pulsiunile şi tendinţele sale naturale.

Aceasta este calea şi mecanismul evoluţiei spre dezvoltarea unor posibilităţi adaptive normale la condiţiile vieţii sociale.

Dar în această evoluţie, copilul să nu fie lăsat singur; aici el are nevoie de aparţinătorii lui, care trebuie să-i uşureze dezvoltarea evolutivă printr-un program echilibrat de protejări, de griji afectuoase, fără exclusivism, fără supraprotecţie, dar şi fără represiuni brutale.

Erorile, falsele atitudini, carenţele (igienice, afective şi alimentare) , dezechilibrele în această evoluţie lentă spre starea adultă, generează nevrozele şi în primul rînd anxietatea şi angoasa, neliniştea sau autismul, timiditatea sau agresivitatea etc.

In mod obişnuit, aceste tulburări , ca rezultat al conflictelor dintre pulsiunile obscure ale inconştientului şi conştientul în dezvoltare şi formare, prin intervenţiile mediului socio-familial, nu apar imediat sau la scurt timp decît în cazuri rare, ele rămîn ascunse şi încetul cu încetul se pierd în inconştient, unde , cu toată sedimentarea lor, în situaţii asemănătoare sau care amintesc doar aceste scene tind şi ajung să iasă la suprafaţă sau să se manifeste sub diferite acuze nevrotice sau simbolice, creînd o stare de disconfort localizat sau generalizat sau în alte cazuri să ne tulbure somnul printr-o serie de vise neplăcute, generatoare de angoasă.

Deci, aceste fenomene neplăcute, trăite şi refulate, se vor ivi la suprafaţă mai tîrziu, în mod spontan, cu o ocazie specială (nevroză sau depresie reactivă, psihogenii etc), sau datorită unor predispoziţii constituţionale. Bineînţeles că acest mecanism va sta la baza nevrozelor adultului, în care instalarea simptomelor nu se face într-un mod simplu, evocînd imediat perturbaţiile primare.

De fapt, inconştientul freudian nu reprezintă o lume de automatisme create, condiţionate sau depuse, ci o lume de tendinţe şi de reprezentări, stabilită în copilărie sub influenţele educative în cadrul dezvoltării ontogenetice a afectivităţii şi a relaţiilor cu ceilalţi, la care se adaugă şi procesul de renunţări, de sublimări, de refulare a impulsurilor şi tendinţelor primitive şi a forţelor acestor impulsuri şi tendinţe , care vor schiţa şi regla mai tîrziu sensul şi forţa apariţiei lor prin diferite acuze şi simptome simbolice.

Simptomele nevrotice au de obicei un caracter simbolic; inconştientul se exprimă prin simptome de înlocuire, iar anxietatea şi angoasa nu este în totdeauna clar exprimată. Insuşi Freud a enunţat ipoteza după care chiar dacă evenimentul conflictual sau tensional nu a apărut la nivelul de conştiinţă, el îşi anunţă prezenţa prin acele manifestări psihosomatice de care a fost acompaniat în perioada desfăşurării lui reale, motiv pentru care bolnavul nu-şi poate explica trăirile şi nici nu le poate

lega de ceva anume. Tocmai de aceea noi trebuie să explorăm inconştientul pentru a descoperi aceste fenomene care, odată conştientizate de bolnavi, îşi pierd forţa generatoare de simptome.

In privinţa psihozelor şi mai ales a schizofreniei, din lucrarea lui Doucet se desprind următoarele idei: în inconştientul lor reprezentările pulsiunilor şi tendinţelor instinctiv-afective originare sînt şi au un conţinut esenţialmente negativ, fiind acompaniate în acelaşi timp şi de afecte de tonalitate negativă, fenomene neplăcute ce pot induce bolnavului un comportament agresiv sau indiferent - autistic.

Aceste fenomene, ajunse şi înregistrate sub diferite acuze mai mult sau mai puţin simbolice în registrul conştiinţei, sînt apoi încadrate pe planul ideii prin cuvinte şi reprezentări variate, dar cu un conţinut negativ şi discordant, ceea ce duce la apariţia deideaţiei şi a dificultăţilor adaptative şi de întreţinere şi păstrare a relaţiilor cu sine însuşi şi cu mediul extern.

La psihotici există tendinţa fantasmatizării, dar rezultatul obţinut este atît de înspăimîntător, încît adesea totul izbucneşte la acel nivel al procesului primar, adică la reîntoarcerea la propriul corp - care în perioada de sugar i-a făcut foarte mult rău, corp pe care psihoticul îl regăseşte la vîrsta adultă, cînd neliniştea, disconfortul şi durerile fizice ar domina totul. Aceasta ar fi soarta catatonicului schizofren, dar şi al altor schizofreni şi psihotici la care renunţarea la igiena personală (spălat, pieptănat, menţinerea curată a hainelor, a locuinţei etc) este interpretată ca un mijloc de apărare, murdăria fiind considerată cu o carapace care i-ar proteja corpul împotriva distrugerii din exterior şi interior.

In privinţa raportului dintre inconştient şi simptomele nevrotice, Freud susţine că: "Nu numai sensul simptomelor este în general inconştient, ci între această inconştienţă şi posibilitatea existenţei simptomelor există o relaţie de manifestare interdependentă", şi mai departe: "în prezenţa unui simptom trebuie să tragem concluzia că la bolnavi există anumite procese inconştiente care conţin tocmai sensul acestui simptom. Dar trebuie totodată ca acest sens să fie inconştient pentru ca simptomul să se producă. Procesele conştiente nu generează simptome nevrotice; pe de altă parte, deîndată ce procesele inconştiente devin conştiente, simptomele dispar, (. ...)". Terapeutica noastră acţionează transformînd inconştientul în conştient şi ea nu este eficientă decît în măsura în care este capabilă să opereze această transformare.

Rolul conştiinţei este cel de a îndepărta experienţele şi fenomenele trăite anterior, dar care actualmente (sau cît timp ar exista ele conştientizate) ar contribui la destruc-

turarea raporturilor şi adaptării armonioase la realitate.

Deci, iată că structurarea şi formarea Eului se realizează prin ruperea şi îndepărtarea de impulsuri şi exigenţa experienţelor sale originale, condiţionate şi întreţinute de tendinţele afective instinctive, biotipologice şi temperamentale, care - după H. Ey - sînt modalităţile primare şi individuale ale vieţii psihice, (sintonie, schizotimie, tendinţe spre agresivitate, spre nepăsare, etc).

Tocmai aceste dispoziţii primare (denumite şi instinctive sau bazale) constituie fundamentul pe care se construiesc primele experienţe ale vieţii de relaţie.

Astfel, între 1 şi 6 ani se dezvoltă pro-Eul, ca apoi dezvoltarea personalităţii să fie continuată pe tot parcursul existenţei Eului.

Deci, formarea şi cizelarea armonioasă a personalităţii se realizează în condiţiile unei lupte interioare împotriva primelor impulsiuni şi tendinţe anacronice şi arhaice (se constituie partea preistorică şi inconştientă a Eului), luptă care este dictată de condiţiile existenţiale, condiţii care ne imprimă necesitatea conştientă de a ne autodefini şi forma pe noi înşine pentru a deveni mai apţi decît am fost şi sîntem.

In general, structurarea şi armonizarea vieţii psihice se realizează printr-o luptă internă dusă împotriva forţelor obscure inconştiente, care cu toată refularea lor rămîn fără încetare inerente şi virtuale în inconştient şi în toate structurile şi aspectele vieţii psihice.

Deci, iată că inconştientul nu este construit ca un haos ci ca un sistem în care se află depozitate inpulsiunile şi dorinţele care nu se conştientizează direct ci prin fenomene şi figuri simbolice şi fantastice. Din cele de mai sus se poate deduce concluzia că inconştientul este un sistem constituit numai prin interacţiunea raporturilor sale cu conştiinţa.

In acelaşi timp este necesar să relevăm şi importanţa vieţii sociale cu normele ei, pe care le asimilează Eul conştient în lupta sa de constituire şi socializare. Dinamica acestor interrelaţii are la bază filtrarea şi refularea conştientă a tendinţelor pulsionale inconştiente, ceea ce în termeni psihoanalitici se realizează prin "cenzura asupra Eului".

In concluzie, meritul de a fi realizat prima sistematizare a psihicului în triada: conştient, subconştient şi inconştient (adică Ego, Supraego şi Id) revine lui Freud, care însă în formarea dinamico-dialectică a personalităţii a acordat cel mai important rol inconştientului.

Deci, iată că Freud recunoaşte existenţa raporturilor dintre inconştient şi conştiinţă, care impregnează întreaga viaţă a individului.

Astfel, "principiului plăcerii", legat de viaţa biologică şi propulsat de inconştient, i se opune "principiul realităţii", generat şi susţinut de conştiinţa social-morală a omului încadrat în societate. Presiunile inconştientului asupra conştiinţei duc la manifestări morbidale, la tulburări dramatice de echilibru sau, cel puţin, la acte de comportament enigmatice, absurde sau ciudate, regizate de o motivaţie ascunsă abisală. In opoziţie cu Freud, care consideră conştiinţa ca un sistem de coordonare subordonat inconştientului (ceea ce ar genera şi natura umană iraţională, agresivă şi distructivă , adică iraţională şi antisocială, sintetizată prin definiţia "homo-homini - lupus-est!), noi susţinem ideea că rolul conştiinţei nu se rezumă doar la o coordonare pasivă ci şi la o coordonare, control şi organizare activă a funcţiilor psihice şi fizice în luptă cu pulsiunile inconştientului, în vederea realizării unei adaptivităţi optime şi raţionale la condiţiile existenţei noastre sociale. Aceasta nu înseamnă că noi renunţăm la structura subiacentă a conştientului, adică la inconştient, ci doar că ne-am permis să le inversăm rolurile, avînd în vedere şi faptul că personalitatea umană tinde spre perfecţiune, spre autodepăşire, pentru a deveni mai perfectă decît este în prezentul veşnic actual şi a fost în trecutul apropiat sau îndepărtat al fiecăruia, devenind astfel o fiinţă socială şi raţională (homo-homini-homo). Iată că prin această inversare a rolurilor atribuite de Freud inconştientului şi conştientului, uşurăm în mare măsură situaţia disperată a Eului, care era conştientizat că " nu este stăpîn în propria sa casă, fiind obligat să se mulţumească cu informaţii rare,fragmentare în legătură cu ceea ce se petrece în viaţa psihică de dincolo de limitele conştiinţei sale".

Dar asta nu înseamnă că odată cu inversarea rolurilor negăm sau diminuăm la minimum rolul jucat de inconştient,ci că, dimpotrivă, relevăm importanţa deosebită a proceselor şi trăirilor psihice neconştientizate, pentru căaltfel spus, dacă psihismul nostru s-ar rezuma numai la ceea ce se conştientizează, atunci dimensiunile lui s-ar restrînge foarte mult, devenind nu numai sărac şi limitat ci şi foarte ineficient în motivaţii, atitudini, selectivitate, comportament, activitate, etc. Graniţa dintre fenomenele conştiente şi inconştiente trebuie înţeleasă în mod dinamic şi nu static. Refularea şi uitarea funcţională nu reprezintă o dezintegrare a amintirilor şi evenimentelor , deoarece ele (chiar dacă sînt acoperite) pot deveni iar conştiente, mai ales dacă reconştientizarea lor e stimulată de afectele care au existat în cadrul percepţiilor şi trăirilor iniţiale.

De fapt, inconştientul şi preconştientul constituie fundamentul sau temelia de bază a conştientului (conştiinţei).

Aspiraţiile conştiente, judecăţile şi deciziile noastre sînt într-un oarecare grad şi fel influenţate de fenomene psihice neconştientizate, ca de pildă unele raţionamente prescurtate, acţiuni sau deprinderi automatizate, tendinţe şi reacţii neformulate la nivelul limbajului, ca de exemplu: aplicarea corectă a legilor gramaticale în timpul vorbitului fără ca ele să fie conştientizate, mersul, scrisul, dactilografiatul, etc., fără a conştientiza fiecare act motor.

SUBNARCOZA - METODA DE EXPLORARE A STARILOR DE CONSTIINTA

Prof.Dr.Aurelia Sîrbu, Dr.Doina Cosman, Dr.Viorica Axente

Subnarcoza, ca metodă de explorare farmacodinamică a psihismului, este cunoscută în psihiatrie sub denumiri: narcoză liminară, narcoanaliză psihosomatică, narco-diagnostic. Această varietate de etichete sugerează complexitatea scopurilor urmărite prin folosirea metodei, unele vizînd mai ales aspectul diagnostic, iar altele căutînd folosul terapeutic.

Substanţele utilizate în inducerea subnarcozei sînt pentothalul, amitalul Na, nesdonalul, privenolul, evipanul, narconumalul, adică substanţe din grupa barbituricelor cu durată scurtă de acţiune.

Dreptul la primatul metodei se dispută între autorii anglo-americani (Horsley, Malitz, Weinstein), care au aplicat-o în timpul celui de-al doilea război mondial şi cei europeni (în special francezi). Baruk face un adevărat studiu de istoria medicinei pentru a demonstra întrebuinţarea narcoticelor în explorarea psihismului încă din 1845 (Moreau de Tours). De asemenea, sînt menţionate propriile lucrări (începute în anul 1928), precum şi cele ale lui Claude, Pascal, Deschamps, în care sînt descrise stări de subnarcoză induse de somnifere şi scopocloraloză. Revenită din America, metoda a fost reluată de o serie de psihiatri europeni, ca: Delay, de Cossa, Targowia, René Bessieres, Joseph Fusswek, etc., care o extind dincolo de sfera nevrozelor, în patologia psihotică. In perioada nazistă a fost folosită excesiv.

In Clinica psihiatrică din Cluj, metoda narcoanalizei cu amitalul sodic a fost introdusă încă din 1955, primele rezultate fiind comunicate în 1958 (A.Sîrbu şi colab.).Concluziile clinic al acestei experienţe, ce durează de aproximativ 25 ani, am dori să le comunicăm în prezenta lucrare, considerînd că amănuntele de preparare a soluţiei injectabile de amital sodic, sau cele referitoare la tehnica de administrare, sînt bine - cunoscute tuturor.

Cu ajutorul amitalului injectabil se obţine următorul cortegiu de simptome caracteristice:

- o uşoară stare de ameţeală, similară beţiei, cu diminuarea acuităţii senzoriale, prin scăderea stării de veghe a conştiinţei (micşorarea vigilenţei);
- apariţia unei tendinţe spre euforie;
- relaxarea stărilor tensionale, avînd ca urmare o trăire de uşurare, de încredere;

- producerea unei adevărate hipermnezii a evenimentelor mai vechi (Evrard, Delay);
- dezorientarea temporală, cu păstrarea destul de îndelungată a orientării în spațiu: "Bolnavul păstrează noțiunea locului unde se află, dar pierde parțial noțiunea timpului și odată ședința terminată este incapabil de a evalua durata". (I.M. Sutter).
- creșterea sugestibilității bolnavilor;

Trecînd astfel în revistă simptomele cel mai des întîlnite în subnarcoză, conchidem împreună cu Sutter că "se realizează astfel o adevărată confuzie mintală experimentală". Analizînd, într-o serie de comunicări, stările obținute în explorarea chimică a psihicului, J. Delay și colaboratorii insistă asupra diferenței dintre starea hipnoidă și cea hiponoidă. In starea hiponoidă, cea mai utilă de altfel, există modificări de conștiință mai puțin intense decît în cea hipnoidă, iar traseul EEG rămîne nemodificat. Această stare a fost asemănate în multe privințe cu o beție (Stevenin și Benoit), prin ușurința pe oare o capătă limbajul, asociațiile și reapariția unor trăiri care se fac cu greu în starea de veghe.

După terminarea ședinței, bolnavul păstrează o amintire destul de fragmentară asupra întregului episod, similară unei amnezii lacunare, compensată de o stare de liniște, încredere și mulțumire, care îl face de multe ori să solicite repetarea ședinței.

Insăși trezirea este un moment valoros pentru clinician, deoarece se menține o stare de ușoară euforie, pe baza căreia posibilitatea unei discuții este mult îmbunătățită, avantaj obținut mai ales cu barbamil. Uneori, în această perioadă s-au descris chiar "explozii mnestice" (Stevenin și Benoit). Autorii consideră de fapt această perioadă, ca: "perioadă fecundă pentru psihoterapie".

Ca orice metodă de explorare, folosirea subnarcozei are și unele contraindicații. Există un risc major în aplicarea ei la bolnavii ce suferă de: insuficientă circulatorie, insuficientă respiratorie, insuficientă hepatică, anemie gravă, etc. Ca efecte secundare sînt semnalate: scăderea ușoară a tensiunii arteriale, vasodilatarea periferică și tranzitoriu, creșterea glicemiei. Stevenin și Benoit afirmă că administrarea într-un ritm lent mai prezintă și avantajul atenuării în mare măsură a manifestărilor centrilor neurovegetativi, în special cardiac și respirator. In cadrul observațiilor noastre, în cei 25 de ani de cînd aplicăm metoda în clinică nu am avut nici-un fel de complicații grave, datorită bunei selectivități.

Ca metodă de explorare diagnostică, subnarcoza a permis clarificarea multor tablouri neurotice, pe de o parte și relevarea unor aspecte deosebite în stările

psihotice, pe de altă parte. Ea este în general agreată atît de medic, cît şi de bolnav, pentru că în totdeauna valoarea sa diagnostică este dublată de cea terapeutică, reprezentînd unul dintre mijloacele chimice care face convergenţa între terapia biologică şi psihoterapia.

Există însă şi o limită în aplicarea acestei metode, anume situaţia creată de anumiţi bolnavi care dezvoltă o rezistenţă puternică în procesul de dezvăluire către medic a situaţiei conflictuale reale (J. Bobou). Reţinerea voită a acestora nu poate fi străpunsă şi nici nu este bine să fie, prin injectarea barbituricului. De fapt, aceasta este şi principala deosebire a întrebuinţării subnarcozei de către medici, faţă de cum a fost ea întrebuinţată în alte scopuri (de exemplu de către nazişti).

Domeniul în care am aplicat subnarcoza în dublul său aspect, investigator şi terapeutic, a fost domeniul neurozelor. In aceste cazuri, de multe ori posibilitatea de depistare a conflictelor se tărăgănează întrucît mulţi bolnavi nu îşi aduc aminte de primele simptome, alţii sînt atît de preocupaţi de starea prezentă încît nu se pot gîndi la altceva, sau, în fine, nu îşi expun conflictele din jenă. Pentru ilustrare relatăm rezumativ următoarele cazuri:

Bolnava L. F. - 28 ani, muncitoare, este internată în clinică cu diagnosticul de nevroză anxioasă. Bolnava evoluează nefavorabil în prima săptămînă, cu toate că primea medicaţie sedativă şi anxiolitică. Descrie la un moment dat apariţia mentismului, vizualizarea unor scene trăite. Problema precizării de diagnostic a putut fi tranşată în primele două şedinţe de narcoanaliză, care ne-au dezvăluit un conflict intrapsihic puternic. Pacienta, în urmă cu 2 ani, avusese relaţii extraconjugale cu şeful ei. Ne relatează că nu a dorit aceste relaţii, dar a avut unele necazuri la locul de muncă, pe care nu le-a putut rezolva decît în acest mod. Cuprinsă de remuşcări, a relatat mai tîrziu soţului fapta comisă. Soţul a iertat-o, dar de atunci are uneori perioade de furie, în timpul cărora o bate. Structură isterică, pacienta nu se consideră vinovată, mai ales că a mărturisit întîmplările. Se vede o eroină neînţeleasă, supusă în mod implacabil unei sorţi tragice. De fapt, în anamneză şi-a descris debutul bolii astfel: "am început să fac crize de frică, de cînd soţul mă brutalizează fără motiv".

Bolnava D. M. - 21 ani, studentă, se internează cu suspiciunea unui debut de schizofrenie. Din datele furnizate de către părinţi, rezultă că pacienta are de un an comportament ciudat, incomprehensibil pentru anturaj, incapacitate de concentrare a atenţiei, anxietate, plîns facil, nemotivat, care alternează cu stări de exaltare. A făcut

mai multe tentative de sinucidere prin ingerare de medicamente, aparent fără o motivaţie adecvată. La narcoanaliză reiese, la modul spectacular, psihotrauma declanşatoare a simptomatologiei descrise: în urmă cu un an a fost violată de către o persoană cunoscută întîmplător, fapt pe care pacienta nu a îndrăznit să-l mărturisească părinţilor.

Neuroza utilitară sau cu un beneficiu important, se numără, după Bartolin, în cadrul indicaţiilor pentru substanţele psiholitice. Din experienţa noastră relevăm, la sinistrotici în general, o negare a stării de relaxare produsă de amital. Persistenţa voită pe linia unui refugiu în boală îi 0împiedică să recunoască vreo ameliorare ce ar putea surveni în tabloul lor clinic. De altfel, E. Evrard consideră explorarea psihicului pe baza unei substanţe barbiturice ca importanţă în depistarea simulării. In cazuri de suprasimulare, J. Bobon şi Ch. Dedre semnalează că bolnavii nu vorbesc deloc spontan, ci se străduiesc să dea răspunsuri scurte, concise, la întrebările puse de medic.

Injectînd rapid narcoticul, o cantitate relativ mică, 2-4 cc amital Na i.v, se obţine rapid un somn profund, ce poate favoriza apariţia unei stări onirice, o veritabilă reviviscenţă onirică. Am obţinut asemenea stări nu numai la alcoolicii care nu-şi recunoşteau toxicofilia, ci şi în cazul unor nevroze. La aceşti pacienţi, amitalul Na a produs adevărate stări confuzo-onirice cu dezinhibiţie pulsională, agitaţie psihomotorie, idei delirante. In discuţiile ulterioare, puşi în faţa faptului împlinit, bolnavii au recunoscut că erau consumatori cronici de alcool. Mulţi dintre etilici au remarcat similitudinea trăirilor din timpul narcoanalizei cu cele din timpul beţiei alcoolice, aceştia solicitînd cu insistenţă repetarea şedinţelor. La apariţia acestor semne s-a procedat la instituirea sau repetarea unui procedeu de dezobişnuire. Ne-am putut astfel forma părerea că, apariţia unei beţii amitalice de intensitate mare, cu perioadă de agitaţie pseudomaniacală, eventual cu explozii agresive, poate indica un trecut etilic.

Am urmărit inducerea stărilor onirice, întrucît acestea oferă un material clinic foarte bogat şi în acelaşi timp extrem de veridic. Prezentăm mai jos un caz în care numai stările onirice au scos la iveală conflictele:

Bolnava D.A. - 3o de ani, infirmieră, căsătorită, cu doi copii, este internată cu tabloul unei neuroastenii. Incă din anamneză, bolnava insistă asupra surmenajului, prestînd frecvent serviciul de noapte, urmînd liceul seral şi revenindu-i şi menajul casnic. Nu recunoaşte alte conflicte. După o prealabilă pregătire a bolnavei, s-a instituit subnarcoza, injectînd amitalul sodic i.v. rapid, 4 cc; după cîteva minute de somn, bolnava a desfăşurat spontan o stare onirică. După 2 ore se trezeşte, cu amnezia

totală a episodului. In cursul stării onirice a reieşit că pacienta a renunţat la o dragoste din motive etice, greutatea studiului seral şi divergenţele dintre ea şi soţ, acesta fiind alcoolic.

In cadrul apariţiei onirismului I.M.Sutter remarcă: "amitalul pune în scenă un episod al trecutului, pe care îl reproduce cu o surprinzătoare fidelitate, realizînd astfel un adevărat delir ecmnezic".

O altă indicaţie de elecţie a folosirii amitaşului Na, o reprezintă patologia psihosomatică. De la tulburările de dinamică sexuală la anorexia mentală, cefaleea psihogen şi pînă la unele tulburări digestive sau neurologice, am putut constata o îmbunătăţire substanţială a tabloului clinic, prin ecforarea unor elemente psihotraumatizante în cursul narcoanalizei. De altfel, unele din aceste cazuri diagnosticate ca neuroze monosimptomatice au putut fi elucidate ca aparţinînd de fapt grupului echivalentelor depresive. Relatăm cazul:

Bolnava V.B. - 28 ani, vînzătoare, care de doi ani prezintă semnele unei nevralgii trigeminale, care însă nu respecta întrutotul topografia nervului trigemen. In aceşti ani a urmat tratamente masive du antialgice şi tegretol. La narcoanaliză a reieşit o simptomatologie depresivă, cu hipertimie negativă , idei de incurabilitate, inutilitate şi de autoliză. Pacienta a mărturisit că de doi ani ascunde faptul că soţul ei a devenit băutor excesiv.

In fine, nu putem să nu subliniem cazurile în care doar prin subnarcoză s-a putut interpreta adecvat o simptomatologie care părea că aparţine sferei nevrozelor, cînd ea masca o psihoză (debut de schizofrenie, depresie atipică, delir de interpretare Sérieux Capgras).

Bolnava S.L. - 17 ani, elevă, cu trei tentative de sinucidere în antecedente. Se internează cu diagnosticul de psihopatie cu decompensări depresive. In cursul şedinţelor de subnarcoză, treptat s-a dezvăluit o aplatizare afectivă, cu ştergerea bucuriilor şi a interesului pentru ambianţă. Pacienta relatează că se plictisea mereu la şcoală, iar colegele au devenit tot mai răutăcioase cu ea. Ca să le facă să o regrete, a făcut mai multe încercări de sinucidere. In subnarcoză mărturiseşte că: " a ţinut în totdeauna să rămînă pură , iar ea nu mai poate să fie pură", conturîndu-se astfel o motivaţie extrem de bizară a actelor autolitice. S-a externat cu diagnosticul: depresie atipică (suspect debut schizofrenie). S-a făcut indicaţia curei cu neuroleptice de depozit. De trei ani de cînd urmează acest tratament nu a mai avut nici o tentativă de sinucidere.

In concluzie, în cadrul metodelor de explorare folosite în psihiatrie, subnarcoza, prin dezvăluirea şi decodificarea treptată a straturilor conştiinţei, clarifică tablouri simptomatologice uneori incomprehensibile atît pentru medic , cît şi pentru bolnav.

Ne-am efectuat cercetările mai ales cu amital sodic, folosind uneori în lipsa lui şi pentothalul şi evipanul. Optăm totuşi pentru primul preparat, al cărei efect euforizant nu l-am mai observat la celelalte barbiturice amintitw. Am dori să beneficiem de această substanţă şi în prezent, deoarece nu ne putem lipsi de o metodă atît de valoroasă de investigare a psihismului, care completează în mod fericit seria explorărilor funcţionale în psihiatrie.

TULBURARI DE CONSTIINTA IN CURSUL TRATAMENTULUI CU LITIU

Dr. Cs.Csiky, Conf.Dr.Gh.Grecu

Conştiinţa , în mod obişnuit este considerată ca o capacitate de integrare conştientă în mediu şi de proiectare în viitor, fiind de fapt treapta superioară de reflectare a lumii obiective în creierul uman. Acest termen folosit în sens extensiv înseamnă viaţa psihică la un moment dat (Jaspers) sau la urma urmei toate aspectele individuale ale vieţii psihice. Dar aceste definiţii sînt prea generale şi foarte puţin utile în practica psihiatrică.

Considerînd conştiinţa, conform concepţiei prof. V. Predescu şi colab., drept un sistem ierarhic cu funcţii multiple, organizate şi cu variate structuri, acceptăm şi termenul de conştienţă elementară sau bioconştiinţă. In aceaşi ordine de idei, noţiunea de conştiinţă va integra şi subordona pe cel de conştienţă, aceasta din urmă fiind temelia pe care am putea ridica cîteva etaje, cum ar fi: nivelul operaţional logic, cel axiologic şi nivelul etic. De altfel şi Lawrence C.KOLB menţionează faptul că această noţiune poate fi privită ca o stare în care procesele gîndirii intervin între percepţie şi activitatea motivată a organismului. Poate puţin simplist, conştienţa mai poate fi concepută ca un complex de senzaţii integrate, cu o ierarhie proprie, al cărui conţinut se schimbă permanent (NYIRÖ). După conşinut se poate vorbi de conştiinţă de sine (sau a Eului), de conştiinţă obiectuală, dar în sens mai larg de conştiinţa profesiunii, conştiinţa datoriei, etc. Conştiinţa de sine (sau a Eului) ar însemna trăirea subiectivă a propriului Eu, dar totodată şi trăirea unităţii, continuităţii persoanei proprii. Aici apare problema controversată a legăturii între conştiinţă şi personalitate. Noi nu concepem conştiinţa şi personalitatea ca două ipostaze contrarii şi interdependente ale psihicului. Apelînd la termenul de conştiinţa personalităţii, care ar însemna suma conştiinţelor de sine avînd conţinuturi diferite, localizate în perioada diferite, considerăm că nu există decît interdependenţă între conştiinţă şi personalitate. Personalitatea normală per definitionem cuprinde şi presupune conştiinţa Eului normală.

Conştiinţa obiectuală, adică capacitatea de a reflecta lumea înconjurătoare şi de a se acomoda la aceasta, există şi în lumea animalelor. Tocmai conştiinţa de sime este aceea care îl face capabil pe om de transformarea acestei lumi.

Avînd în vedere divergenţele mari existente în materie de terminologie privind variatele tulburări ale conştiinţei, ni se pare interesantă precizarea profesorului Arseni, care doreşte să se facă o distincţie netă între fazele de pierdere a conştiinţei,

respectiv tulburările propriu-zise de conştiinţă. O serie de termeni ca hebetudine, torpoare, stupoare sau obnubilare sînt folosiţi inconsecvent şi în multiple sensuri. In manualul lui L.C.KOLB (1973), printre tulburările conştiinţei sînt enumerate următoarele aspecte în ordinea gravităţii lor: stări confuzive , înceţoşări ale conştiinţei (fazele consecutive ale acesteia fiind: starea de hebetudine, somnolenţă, stuporul şi coma), deliriumul, stările onirice şi crepusculare, respectiv stuporul. Deşi acelaşi autor (KOLB) ca şi alţii , consideră stuporul ca o stare caracterizată de akinezie şi mutism, totuşi îl include printre tulburările conştienţei. Ba mai mult la definiţia de mai sus adaugă şi constatarea după care în stupor conştiinţa ar fi relativ păstrată (?). Noi credem că stuporul înseamnă înainte de toate o tulburare de activitate, iar în spatele acestui simptom pot să existe sau să nu existe tulburări de conştiinţă. Acestea din urmă au intensităţi variabile, depinzînd de factorul etiologic şi crescînd în intensitate de la stuporul psihogen pînă la confuzia stuporoasă.

In altă ordine de idei, conştienţa elementară păstrată ca o funcţie supremă sintetică a sistemului nervos central, presupune nu numai o vigilitate optimă, respectiv luciditate, dar şi o integrare perfectă. Aceasta din urmă înseamnă că tensiunea conştiinţei este optimă şi există un conţinut central al conştienţei. Pe de altă parte, conştienţa ca fenomen psihologic normal presupune şi o claritate. O serie de autori, pornind de la aceste premise încearcă să diferenţieze două mari grupe în cadrul tulburărilor conştienţei şi anume:

1.- tulburări de integrare , şi

2.- tulburări de claritate.

In cadrul tulburărilor de integrare pot fi clasificate atît tulburările ce apar ca o conştienţă prea "strîmtă" (îngustările cîmpului conştienţei în urma afectelor etc), cît şi tulburările în sens contrar, caracterizate printr-o integrare prea "laxă", mergînd de la simpla "distrare" pînă la sindromul amenţial, care este deja o adevărată dezintegrare a conştiinţei. In cadrul tulburărilor de claritate este util să se facă o distincţie între fazele de pierdere a conştienţei (somnolenţă, sopor, coma sau înceţoşări progresive ale conştiinţei mergînd pînă la comă) - în care starea de vigilenţă şi luciditatea se pierd progresiv, - respectiv confuziile mintale veritabile, care coincid cu tulburările numite calitative ale conştienţei (după prof. Predescu şi colab.). Am făcut această tentativă de clasificare a diferitelor tulburări de conştiinţă ca să includem printre acestea şi modificările de loc neglijabile ale cîmpului conştiinţei care deseori sînt scăpate din vedere deşi frecvenţa lor este destul de însemnată.

Tratamentul cu sărurile de litiu, deşi înseamnă un mare progres în terapia psihiatrică biologică, pe lîngă adepţi are şi mulţi adversari care vor să demonstreze nu numai eficacitatea redusă a acestuia, dar şi multiplele fenomene secundare care apar în urma unor administrări îndelungate. Noi, într-o serie de cercetări anterioare, am încercat să verificăm existenţa multiplelor efecte adverse semnalate în literatură (tulburări hidroelectrolitice, aspecte EEG, modificări hormonale etc). Dintre fenomenele secundare nedorite, în mod constant apare poliuria, ce ar putea să fie urmată de un sindrom asemănător diabetului insipid, care este rezistent la vazopresină. Efec - tul nefrotoxic veritabil apare ca o raritate în literatura de specialitate.

După o serie de autori (Aminoff, Preodor), tratamentul cu litiu pe o durată lungă ar produce o alterare a memoriei - incapacitatea de a evoca detalii - care se inter - ferează cu activitatea zilnică, similară oarecum efectelor convulsioterapiei. La lotul nostru selectiv, compus din 35 de bolnavi, la care pe lîngă înregistrările EEG am examinat modificările electrolitice, respectiv memoria şi starea de conştiinţă, nu am observat asemenea fenomene. Deşi au beneficiat de un tratament în medie durînd 2 ani de zile, pacienţii noştri , la testele simple de memorie (testul Ziehen, Ranschburg), repetate la intervale variabile, nu au prezentat modificări notabile. Noi credem, că asemenea tulburări sau în general o oarecare scădere a performanţelor psihice pot apare numai la pacienţii trecuţi de vîrsta de 55-6o de ani.

Veritabile tulburări ale conştiinţei elementare în sensul unor confuzii mintale, noi nu am observat. Sîntem convinşi, bazîndu-ne pe experienţele celor 9 ani de tratament cu litiu, că asemenea tulburări nu apar la doze obişnuite terapeutice, adică la valorile litemiei situate între o,5 şi 1,5 mEq/l.

Deşi în fazele maniacale am administrat perioade lungi şi haloperidol (în doze de 3-1o mg/zi) împreună cu litiu, nu am observat nici în aceste cazuri confuzii mintale sau encefalopatia severă semnalată de Cohen (1974).

Atunci se ridică problema: dacă în lipsa unor tulburări evidente ale conştienţei nu există totuşi tulburări la alte nivele ale conştiinţei? Inainte de a răspunde la această întrebare vom relua afirmaţia noastră anterioară după care litiul acţionează pe "accelerarea psihomotorie", adică reduce spectacular neliniştea, hiperactivitatea şi accelerarea fluxului ideativ. Privit sub acest unghi, vom constata totuşi la peste 8o% din bolnavi, mici modificări de conştiinţă. In urma litiului se va modifica sentimentul de trăire a timpului, constatare valabilă mai ales la bolnavii care încep acest trata -

ment în faza maniacală. Acest sentiment amintește de încetinirea trăirii timpului întîlnită în melancolie, deși niciodată nu se ajunge la trăirea dureroasă și intensă a depresivului. Subiectiv, această discretă modificare de conștiință este trăită ca un fel de "stînjenire" în gîndire și activitate.

Aceste aspecte pot fi mai clar studiate la sănătoși - voluntari, supuși litiumterapiei. SCHOU și colab., după doze zilnice de 185o mg de litiu la subiecții sănătoși semnalează la 3-6 săptămîni după începerea tratamentului apariția unor simptome, ca: slăbiciuni musculare, iritabilitate, labilitate emoțională cu oarecare inerție, indiferență și pasivitate.

In lucrarea comunicată în 1978, Lewis L.Judd demonstrează tot la un lot de sănătoși că administrările de litiu în doze terapeutice nu influențează în mod evident nici funcțiile cognitive, nici cele afective. Funcțiile creative, performanțele senzoriu-motorii, de asemenea nu suferă modificări semnificative (Judd).

In concluzie deci, putem afirma că pe baza experiențelor noastre nu există tulburări de conștiență în cursul litiumterapiei dacă respectăm "zona terapeutică" a litimiei. Confuziile mintale pot apare numai la doze toxice sau din cauza unor boli organice cerebrale concomitente care au existat și înaintea aplicării litiului. Modificările discrete oarecum psiho-senzoriale privind sentimentul de trăire mai încetinită a timpului, de diminuarea discretă a fluxului ideativ și a inițiativelor, pot fi considerate ca tulburări discrete, chiar infime, ale conștiinței - înțeles în sensul larg propus de prof. V. Predescu și colab.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Arseni C., Aurela Gonțea: Conștiența și conștiința, Neurol., psih., neurochir. 2/1981, p. 83.

2. Környey E.: Les troubles de l'état de consience. Therapia Hungarica 13, 1965/4.

3. Kolb L.C.: Modern Clinical Psychiatry, 1973.

4. Lewis L. Judd: The effect of Lithium on normal mood, cognition and personality function. Vol. "Litium" - Controversies and unresolved Issues. Proceedings of the International Lithium Conference.
New York, June 5-9 1978, p. 479.

5. Nyirö Gy.: Psychiatria Ed. Medicina Budapest, 1971.

6. Predescu V., A. Romila: Aspecte psihologice și psihopatologice ale noțiunii de conștiință în psihiatrie. Neurol-psih-neurochir. 2/1981, pag. 99.

7. Predescu V., L. Alexandrescu, T. Ciurezu: Dimensiuni actuale ale terapiei biologice în afecțiunile psihice. Neurol. psih. neurochir. 3/198o, p. 161.

8. Reisberg B, S. Gershon: Toxicology and side effects of lithium therapy. Vol. "Lithium" Controversies and unresolved issues. Proceedings of the International Lithium Conference 1979, pag. 449.

ASPECTE ALE CONSTIINTEI IN TULBURARILE LEGATE DE MATERNITATE

Dr. Rodica Macrea, Dr. Doina Cosman

Ne propunem să analizăm în cele ce urmează relaţia dintre conştiinţă - motivaţie - comportament - discernămînt în cazul particular al pruncuciderii. Acest demers îl întreprindem pornind (în sens invers) de la viziunea psihiatrică a discernămîntului ca exprimare dinamică a fenomenului de conştiinţă definind facultatea de deosebire a faptelor, dublată de înţelegerea lor (SCRIPCARU, TERBANCEA). Discuţia se centrează desigur pe aspectele (nivelele) conştiinţei axiologice şi etice, pe aspectele de interferenţă ale conştiinţei în dinamica comportamentului, pe funcţiile sale specifice pe care le îndeplineşte în acest context (vizînd în special funcţia proiectivă, cea anticipativă şi cea de reglare). In ultimă instanţă, este vorba de admiterea calităţii specifice, ireductibile a organizării psihice de tip conştient şi a rolului principal al dinamicii conştiente în activitatea şi comportamentul individual.

Aducerea în discuţie a cazurilor de pruncucidere se impune atît prin relativa lor frecvenţă în practica expertizei psihiatrico-judiciare, cît şi prin angajarea unei maxime responsabilităţi din partea experţilor (legişti şi psihiatri) în stabilirea discernămîntului. Practic, problemele se complică şi mai mult datorită conţinutului destul de ambiguu şi neprecis al noţiunii de "pruncucidere".

"Pruncuciderea" este un termen care apare în legislaţia românească, avînd o semnificaţie proprie, mai restrînsă decît cea de infanticid existent în celelalte legislaţii.

Art. 117 din Codul Penal conţine definiţia medico-legală a pruncuciderii: "Uciderea noului născut, săvîrşită imediat după naştere de către mama aflată într-o stare de tulburare pricinuită de naştere, se pedepseşte cu închisoarea de la 2 la 7 ani". Legislaţia actuală a ţării noastre acceptă deci pruncuciderea ca o infracţiune de omucidere, dar o tratează deosebit de celelalte forme (omor, omor calificat, uciderea din culpă), îi conferă un conţinut nou prin recunoaşterea unor stări psihofiziologice anormale provenite de naştere care fără a provoca tulburări de conştiinţă, pot duce la abolirea discernămîntului, stări de natură să explice conduita deviantă a femeii imediat după naştere (TERBANCEA).

Dintre cele trei mari probleme ale expertizei medico-legale în pruncucidere, ne interesează (ca psihiatri) doar examenul mamei şi anume, aspectul referitor la stabilirea tulburărilor pricinuite de naştere. Dificultatea psihiatrică nu apare în cazurile

extreme, cu tulburări psihice evidente, ci în cazurile ~~care~~ în momentul expertizării (care este destul de tardivă după comiterea faptei) apar fără tulburări psihice majore.

Considerăm ilustrative, din acest punct de vedere, următoarele două cazuri:

I. M. 29 ani, trimisă de Procuratura Cluj pentru o nouă expertiză, fiind acizată de pruncucidere. 8 clase elementare + curs de calificare vînzătoare. A fost 11 ani femeie de serviciu într-o familie de ingineri, apoi 5 ani vînzătoare. Căsătorită de 1 an și jumătate. In istoric, dă în timp, 3 variante ale faptei. I - în care neagă totul, II - în care declară că a fost victima unui viol, în urma căruia ar fi rămas gravidă. Acesta era și motivul pentru care se cerea o nouă expertiză. III - variantă - relatează că de ani de zile întreține relații plătite cu fostul "stăpîn", cu care rămăsese gravidă. Din examen psihic : în afara unui tablou depresiv reactiv reținem o personalitate dizarmonic structurată, cu tendință marcantă la folosirea minciunii utilitare. Pe baza examenului psihic, psihologic, a patografiei și observației clinice se stabilește diagnosticul de psihopatie instabilă. (De menționat că în cursul internării, după o confruntare cu un personaj "cheie" - amantul - face o tentativă demonstrativă de suicid).

B. V. 21 ani, studentă la Facultatea de subingineri, căsătorită, soțul student la Politehnică. Internată pentru o nouă expertiză medico-legală psihiatrică. Din dosarul cauzei rezultă că pacienta a născut în timp ce călătorea cu trenul spre comuna natală (unde urma să-și sărbătorească nunta), neasistată, în condițiile improprii ale unui WC de tren, nașterea avînd un caracter precipitat și manifestîndu-se cu dureri acute, amețeli, hemoragie abundentă. Setul de examinări a permis stabilirea faptului că pacienta este o personalitate labilă, cu decompensări nevrotic reactive. Atît la Procuratură, cît și la clinică are reacții puerile de apărare (afirmă la început că n-a știut că e gravidă), precum și manifestări pitiatice. S-a considerat că a prezentat tulburări pricinuite de naștere, în condițiile unei nașteri premature, neprevăzute și nefavorabile unei nașteri atît ca loc, cît și ca moment psihologic.

Iată deci că primului caz la o nouă expertiză i s-a pus diagnosticul de psihopatie instabilă, fără tulburări psihice majore, actul de omucidere fiind evident, iar al doilea caz a fost încadrat la pruncucidere, considerîndu-se că mama a avut tulburări pricinuite de naștere.

Considerăm că textul de lege nu este destul de clar, este ambiguu, neprecizînd la ce anume se referă aceste "tulburări" pricinuite de naștere, fapt care obligă experții la un demers științific cît mai riguros.

Pornind de la o definiţie operaţională a discernămîntului (funcţia psihică de sinteză care se manifestă în capacitatea subiectului de a concepe planul unei acţiuni , scopul ei, ordinea etapelor desfăşurării ei şi rezultatul, consecinţele care decurg din săvîrşirea ei, capacitatea subiectului de a organiza motivat activitatea sa) - se consideră că această funcţie depinde de doi factori: structura personalităţii subiectului şi structura conştiinţei acestuia în momentul comiterii faptei.

In ambele cazuri am căutat să precizăm care este structura persoanei, extrăgînd din dosarul juridic actele medicale şi ancheta socială, patru parametri:

1.- Gradul de dezvoltare intelectuală a subiectului în momentul expertizei (prin examen clinic şi teste psihologice), care în ambele cazuri a dovedit a fi vorba de persoane mature, cu intelect normal dezvoltat.

2. Gradul de instruire generală şi profesională (primul caz 8 clase elementare, dar cu dezadaptare şcolară, fugă de la ore, rezultate inegale la învăţătură; profesional, - 11 ani servitoare, apoi vînzătoare. Al doilea caz - şcolaritate liceală bună, studentă la subingineri).

3.- Gradul de educaţie familială şi instituţională. I.M. provenea dintr-o familie de muncitori cu 6 copii, tatăl alcoolic, modelul educaţional al unei familii calitativ dezorganizate, cu minciuni utilizate zilnic în soluţionarea conflictelor apărute. Din patografie relese că reacţiona deseori la solicitări prin opoziţie, îi "răspundea urît mamei", era un copil "bătăuş".

4.- Experienţa de viaţă a subiectului I.M. intră femeie de serviciu la o familie de intelectuali unde stă 11 ani, trăieşte cu "domnul", apoi se căsătoreşte (bolnava relatează că s-a căsătorit tîrziu, neavînd încredere în general în oameni, fiindu-i teamă să nu aibă un soţ cum a fost tatăl ei, care fiind alcoolic, o agresiona foarte frecvent şi fără motiv). B.V. provine dintr-o familie organizată, din mediul rural. Deşi cu intelect bun, este necultivată, fără un cod etic superior, preocupată de înscrierea în "parametrii" societăţii rurale în curs de "urbanizare" (face două nunţi cu "dar" în bani, în valoare de aproximativ 100.000 lei).

Cît priveşte structura conştiinţei, ea se referă la nivelele la care funcţiona în momentul comiterii faptei şi raportul ei cu structura conştiinţei din momentul expertizei.

Precizarea nivelelor de conştiinţă (care după PREDESCU şi colab. se referă la conştiinţa elementară, cea operaţional-logică, cea axiologică şi conştiinţa etică) se face în funcţie şi pentru cele două momente: al comiterii faptei şi al expertizei. Sub acest

raport se pot întîlni trei situaţii (PREDESCU).

1.- Cele două momente sînt concordante (fie ambele patologice - cazul unor boli mintale evidente, fie ambele normale - cazul subiectului normal).

2.- Disjuncţia nivelelor de conştiinţă (normalitatea lor în momentul faptei şi prezentarea lor patologică în momentul expertizei - cazul psihozelor reactive de detenţie sau al simulaţiei).

3.- Momentul faptei normal şi starea psihică şi conştiinţa normală în momentul expertizei (cazul psihopaţilor, care se manifestă doar în situaţii conflictuale sau al celor cu tulburări critice de conştiinţă).

Desigur că în majoritatea cazurilor (inclusiv cele două ale noastre) discuţia se referă la cea de a treia situaţie. In afara unor aspecte de tip reactiv de intensitate nevrotică, comprehensibile în situaţia dată, cele două cazuri expertizate de noi nu prezentau tulburări care să angajeze discernămîntul în momentul expertizei.

Deci, dacă în general, stabilirea structurii conştiinţei în momentul expertizei este posibilă, ea este plină de dificultăţi practice pentru momentul comiterii faptei, care în cazul pruncuciderii este de importanţă decisivă pentru formularea concluziei expertizei. Greutăţile ţin de faptul că reconstituirea momentului faptei este deseori aproximativă, putînd fi falsificată de amnezia sau paramnezia reală sau invocată a subiectului.

In cazul I.M. - aceasta dă trei variante ale faptei, utilizînd ca şi în cursul întregii anchete, minciuna utilitară. Cazul B.V. - se apără "prosteşte", afirmînd că n-a ştiut că este gravidă.

Dosarul juridic cu date insuficiente, obţinute doar din afirmaţiile pacientelor (care, evident, utilizează relatări cît mai favorabile lor) a trebuit completat cu anchete sociale ample (date de la soţi, rude, colegi de muncă), psihografii, narcoanalize, observaţie clinică atentă (în afara expertizei sau a vizitelor), confruntări cu personaje "cheie" (care în cazul I.M. au provocat aspecte de psihodramă).

Analogiile pot fi făcute cu cazurile de beţie patologică, dar considerăm că în cazul pruncuciderilor dificultăţile sînt chiar mai mari (în beţiile patologice se pot folosi metode de explorare paraclinică sau de provocare - de exemplu: administrare de alcool i.v. - care ar putea reedita tabloul).

Condiţia caracteristică a femeii, sub raport biologic şi socio-cultural, îşi poate pune amprenta şi îşi poate găsi expresia în diverse tipuri şi modalităţi de delincvenţă, printre care şi actele de pruncucidere. Personalitatea sa se caracterizează şi se in-

dividualizează prin anumite particularități structurale concretizate printr-o emotivitate crescută, o disponibilitate mai mare spre anxietate și susceptibilitate, reacții mai intense la stres. In condițiile unei perturbări a activității psihice, aceste trăsături se accentuează, conducînd la dezinhibiție instinctivo-emoțională, activitate impulsivă și comutare către agresivitate.

Pruncuciderea poate fi expresia unei slăbiri a instinctului matern. Ea este considerată o "infracțiune solitară a unei mame solitare"(SCRIPCARU, TERBANCEA).

Cele două cazuri expertizate de noi au fost cu atît mai dificil de rezolvat cu cît nu se încadrau în condiția comună a pruncucigașelor (erau femei căsătorite). Anumite circumstanțe, ce țineau de personalitatea lor, de codul lor moral, de stilul lor de viață au complicat și mai mult lucrurile. Astfel, Astfel, I.M. afirmă: ". . . m-a apucat o furie, o ură față de mine și față de acel copil, am trăit într-un moment toată nenorocirea vieții mele de pînă acum, toate necazurile și toate durerile de care am avut parte și am știu că pentru toate acestea copilul pe care l-am născut acuma era de vină".

B.V. care trăia de un an de zile cu actualul soț, naște prematur, precipitat, neasistată, în condiții improprii ca loc, dar mai ales ca moment psihologic (a doua zi urma să-și serbeze nunta, pentru care se făcuseră multe și costisitoare pregătiri). Ce ar fi spus cei din sat, părinții dacă n-ar fi putut dansa toată ziua (așa cum a făcut) și dacă totul s-ar fi contramandat pentru incredibilul și condamnabilul motiv că a născut? (nu se știa că este gravidă). Examenul psihiatric, coroborat cu cel psihologic, relevă un potențial intelectual în limite normale, dar cu imaturitate, tendință la reacții exagerate, scala de minciuni suprasaturată în răspunsuri pozitive, conformism rigid, iar la chestionarul Cattell - anxietate marcată , în special de tipul culpabilității anxios depresive (factor Q) (anxietate cauzată de presupunerile opiniei publice - "ce vor spune oamenii?".

In încheiere, ținem să subliniem din nou dificultățile mari ale expertizelor în cazurile de pruncucidere - prin examinarea tardivă a mamelor, care pun în discuție relația mai sus-menționată - conștiință (nivel) - motivație - comportament - discernămînt (respectiv juridic, responsabilitate).

In general, în problema agresivității, "cauza unui comportament distructiv este de fapt reunirea tuturor condițiilor care, luate separat, nu sînt suficiente să explice acest comportament" (GLUECK și LAFON, citați de DRAGOMIRESCU).

De un real ajutor poate fi doar studierea cît mai complexă şi aprofundată a cazurilor, din cît mai multe incidente, cu evidenţierea factorilor biologici, fiziologici, psihologici, sociologici, psihopatologici ai motivaţiei comportamentului deviant.

Cunoaşterea de către medic a mobilului faptei (noţiune criminologică care nu se suprapune în totdeauna cu motivaţia), a condiţiilor ei de producere şi în special a personalităţii bolnavului - permite deducerea gradului de afectare patologică a conduitei. In raport de complexitatea motivaţiei faptei comise, expertiza întîlneşte situaţii diferite care obligă la modularea aprecierii în mod concret şi univoc (SCRIPCARU, TERBANCEA).

In cazurile în speţă studiate de noi, aspectele psihiatrico-legale dezbătute au o aplicabilitate expresă pe plan judiciar, legată de deosebirea actului de pruncucidere de calificarea de omucidere asupra propriului copil.

BIBLIOGRAFIE

1. DANESCU, Gh., TOMORUG, E. - Probleme judiciare în psihiatrie, Ed. Med. Buc. 1973.

2. DICU, A. - Conştiinţă şi comportament, Ed. Facla, 1977.

3. DRAGOMIRESCU, V. - Psihosociologia comportamentului deviant, Ed. St. şi Encicloped. Buc. 1976.

4. PREDESCU, V., TERBANCEA, M., ROMILA A., VIANU, I., DRAGOMIRESCU, V. Neurol, Psih., Neurochir., vol. XX, No. 3, 1975.

5. QUAI, I, TERBANCEA, M., MARGINEANU, V., POPA LIDIA - Introd. în teoria şi practica medico-legală, Ed. Dacia, 1979.

6. SCRIPCARU, Gh., TERBANCEA, M. - Patologie medico-legală, Ed. didact. şi pedag., Buc., 1978.

TULBURARILE DE CONSTIINTA IN ALCOOLISM

Dr. Rîndaşu Stelian, Prod. De. Aurelia Sîrbu, Dr. Neamţu Traian, Dr. Dan Baciu

Demersul nostru are ca punct de plecare conceptul unicităţii tridimensionale a persoanei, care prin conştiinţă se identifică şi îşi recunoaşte dimensiunea temporo-spatială a existenţei. Datul ontologic al persoanei implică obligatoriu ierarhizări structurale biologice, psihologice şi socio-culturale deosebit de complexe. Filogeneza şi ontogeneza pe de o parte, modelul cultural şi istoric pe de altă parte, se "întîlnesc" într-un raport de complementaritate sui generis, în delicata operă de edificare a personalităţii. De calitatea acestei întîlniri depinde "calitatea" finitului psihologic incorporat persoanei şi implicit calitatea auto şi heteroreflectării subiective a obiectivului (a realităţii).

Armonia funcţională a întregului (ansamblului structural) reflectă şi presupune integritatea "părţilor" (a subansamblurilor).

Patologia psihiatrică poate fi considerată ca un domeniu de certă valoare ilustrativ-probatorie, deoarece cu greu s-ar putea găsi suferinţa psihică în care conştiinta să nu fie - într-un fel sau altul - implicată. Desigur, psihiatria nu se reduce la o subsumare - mai mult sau mai puţin nosologică - de alterări ale conştiinţei, după cum nu poate fi nici o exclusivă patologie a afectivităţii sau a comportamentului, cum înclină să creadă unii (Freud, Watson, etc).

Importanţa conştiinţei rezidă în aceea că ea şi prin ea individul ia act "aici şi acum" (K. Jaspers) de sine, despre sine şi despre lume. Ori, calitatea şi cantitatea "prizei de conştiinţă", conştientizarea ca atare, ilustrează şi fidelitatea reflectării.

In condiţii patologice determinate de variabile etiopatogeneze cu multiple sau / şi diverse nivele de destructurare biologică sistemică, conştiinţa este sau poate fi influenţată în una sau alte din proprietăţile sale (claritate, extensie, cîmp, conţinut).

Alzoolismul oferă numeroase exemple din această categorie, pe care succint le sintetizăm astfel:

I. Alcoolism cu tulburări de conţinut a conştiinţei. Aici includem psihozele subacute şi acute (Delirul alcoolic subacut, delirul alcoolic acut/delirium tremesn/). Ceea ce caracterizează aceste psihoze alcoolice, din punct de vedere al conştiinţei, este onirismul sau confuzo-onirismul (după autorii francezi), manifestat prin delir oniric, halucinaţii terifiante, zoopsice, dezorientarea temporo-spaţială, anxietate puternică etc.

cu deplina "angajare" a bolnavului în ficţiunea delirant-halucinatorie trăită ca atare. Debutul acestei psihoze este de obicei brusc, eventual în cîteva ore pînă la 1-2 zile (fie prin abuz de alcool, fie prin abstinenţă).

O formă aparte este beţia patologică, care în cele 3 variante clinice descrise de Garnier: forma excito-motorie, halucinatorie şi delirantă, este interpretată tot ca o psihoză alcoolică acută, ce pare să survină pe fondul unei encefalopatii subclinice, aşa cum arată cercetările efectuate de Predescu şi Roman. Cert este faptul că în majoritatea cazurilor, beţia patologică este întîlnită la indivizi taraţi cerebral (epileptici, encefalopaţi de etiologie diversă - mai frecvent post-traumatici, schizofreni, psihopaţi, alcoolici cronici).

Dar, conştiinţa este implicată şi în etape succesive, nu numai concomitent. In unele cazuri, la început, este alterat conţinutul conştiinţei, prin instalarea unei faze de onirism, care treptat dispare, pentru a face loc unei organizări delirante, mai mult sau mai puţin durabile, cu sau fără halucinaţii şi uneori de aspect schizofreniform (Bleuler, Benedetti, etc). Aici sînt cuprinse psihozele delirante cronice - de la sechelele post-onirice, la halucinoza Wernick, la delirul de interpretare alcoolic şi la paranoia halucinatorie a băutorilor. Psihoza polinevritică alcoolică (Korsakov), datorită masivelor tulburări de memorie (anterogradă), ocupă o situaţie oarecu n aparte, prin dereglarea aprecierii temporalităţii şi apariţia confabulaţiei ca factor compensator. Demenţa alcoolică ca toate sindroamele demenţiale incluse în capitolul alcoolismului cronic (Sindromul Marchiafava-Bignami, Scleroza laminară Morel), are evoluţii tipice deteriorărilor psihice globale progresive şi ireversibile. Destructurarea cantitativă şi calitativă a conştiinţei, este direct proporţională cu creşterea deficitului psihic global în finalul evoluţiei demenţiale, realizîndu-se o veritabilă "apnee" psihologică.

Din scurta noastră incursiune în domeniul patologiei conştiinţei la alcoolici, rezultă că acesta este de fapt integral interesată în toate formele clinice de alcoolism, deşi nu în aceaşi măsură. De asemenea, este evidentă implicarea tuturor funcţiilor psihice, de la percepţie la gîndire şi comportament, persoana alcoolicului manifestîndu-se unitar, în concordanţă cu "trăirile" sale contrafăcute prin onirism, într-o lume a imaginarului, terifiant sau într-o pseudorealitate delirantă.

Dar problema cu caracter remanent, încă insuficient analizată, este a conştiinţei alcoolicului ca persoană care şi-a pierdut libertatea "de-a nu mai consuma alcool".

In acest sens, nu ne sînt încă destul de limpezi constelaţiile personologice ale alcoolicilor şi nici tiparele de conştientizare a viciului.

Dacă, - cel puţin în linii generale - ne putem explica tulburările conştiinţei la alcoolicul cronic în episod psihotic, nu putem face acelaşi lucru la alcoolicul habitual şi cu atît mai puţin nu reuşim să evidenţiem motivaţii univoce şi valabile ale propensiunii spre alcoolomanie.

Desigur, psihiatria socială şi transculturală se străduieşte a găsi factori psihosociali determinanţi, sau cel puţin favorizanţi, ai alcoolemiei. Diverse tipologii personologice au şi fost propuse : exemplu anxioşii, emotivii, chiar aşa-zise personalităţi "toxicofile". Ele însă acoperă doar o latură a problemei.

In ultima vreme, un loc tot mai important este atribuit rolului conştiinţei sociale şi morale (H. Baruk), care este vizibil "pervertită" la alcoolici. Dar, în psihiatrie - se pare că există mereu un "dar" - care nu cumva tocmai abuzul de alcool determină această pervertire manifestată prin autorejecţie şi heterorejecţie familială şi socio-profesională, caracteristică toxicomanului alcoolic? Răspunsul este doar parţial afirmativ, dacă luăm în considerare faptul că această conştiinţă socială şi morală este şi o problemă de timp şi istorie individuală. De timp, pentru că ea se "clădeşte" treptat temporalitatea existenţei şi în contextul instructiv-educativ familial, şcolar şi istoric, deoarece se referă la devenirea individului în particularitatea condiţiilor sale de mediu social şi în istoricitatea epocii trăite. In aceste condiţii, influenţele interioare (familiale) şi exterioare (socio-culturale) pot cristaliza un model aberant sau fals de conştientizare a statutului psihosocial individual cu o bipolaritate inegală axiologic. Spunem bipolaritate pentru că conştiinţa se plasează, sau mai bine spus se desfăşoară între doi poli: biologic şi social. Si am adăuga noi, şi cel social este posibil bipolar, gîndindu-ne la familie pe de o parte şi la societate, în sensul larg, pe de altă parte. Disjungţia bipolarităţii socio-familiale este - aşa cum remarcă majoritatea psihologilor şi psihiatrilor - o sursă posibilă şi probabilă de "falsificare" a conştiinţei morale, cu toate implicaţiile ce decurg din ea.

In concluzie, am îndrăzni să afirmăm că la alcoolici şi la potenţialii alcoolici există o modificare a conştiinţei sociale cu bulversarea criteriilor valorice morale, care explică "aderenţa" şi "perseverenţa" la consum (de băuturi alcoolice) cu scotomizarea consecinţelor nefaste pe termen scurt sau lung şi care este agravată prin fenomenul de "impregnare" toxică şi tulburări globale ale conştiinţei, în special a

vigilității și conținutului (onirism, halucinații , etc) în episoadele psihotice acute.

Si am mai putea desprinde o concluzie de esență pragmatică: dacă tratamentul este necesar și eficient la nivelul conștienței, adevărata profilaxie se adresează conștiinței, prin aceasta deplasînd centrul de greutate al problemei din medicină în societate, adică acolo unde se "forjează" caracterele și se oglindesc conștiințele.

HISTERIA - ASPECTE GENERALE, TULBURARI DE CONSTIINTA SI CONVERSIUNE

Grecu Gh., Csiky Cs., Asgian V., Szücs K.

Termenul de"histerie" vine de la cuvîntul grec "hystera", ceea ce tradus înseamnă "uter", iar sensul şi dimensiunea acestui termen porneşte de la ideea anticilor că dorinţele sexuale ale femeii ar fi localizate în uter. Se presupunea că dorinţele sexuale frustrate determinau desprinderea uterului din locul său şi călătoria sau localizarea lui în diferite zone ale corpului. Se pare că originea acestei teorii porneşte de la unele observaţii, cum că femeile cu mulţi copii, (presupuse ca avînd şi o experienţă sexuală bogată), precum şi cele cu prolaps uterin, nu sufereau decît foarte rar de isterie, în timp ce la femeile tinere cu copii puţin sau fără copii, fără prolaps şi cu frustrări sexuale, isteria era frecvent întîlnită.

PLATON menţiona în Timaeus că "uterul frustrat de sexualitate duce la blocarea respiraţiei şi la o mare rigiditate a corpului".

In acest citat PLATON se referă la un simptom care se întîlneşte şi azi destul de frecvent, atît la femei cît şi la bărbaţi, care se plîng de tulburări respiratorii ce ar fi generate sau accentuate de instalarea periodică a unei "găluşti, excrescenţe sau nod în gît". Simptomul se numeşte şi acum "globus hystericus", cu toate că în contextul actual este îndoielnică folosirea adjectivului "hystericus".

GALEN , care din punct de vedere anatomic cunoaşte mai bine decît PLATON corpul omenesc, susţinea că uterul nu poate "călători sau rătăci în tot corpul" şi că frustrarea sexuală la bărbaţi produce simptome analoage celor observate la femeile isterice. GALEN susţinea că simptomele de frustrare sexuală erau generate de acumularea în corp a fluidelor sexuale, care prin descompunere deveneau toxice.

Din antichitate şi pînă nu demult, în afara isteriei, multe alte tulburări şi boli psihice au fost atribuite frustrării sexuale, iar tratamentul sugerat se rezuma la începerea sau intensificarea vieţii sexuale. Astfel, ROBERT BURTON în "Anatomy of melancholy" (61621) recomanda acest tratament pentru una din formele depresive denumită de el ("Love melancholy") melancolia dragostei. Pe la sfîrşitul secolului următor, V.CHIARUGI (1790), în Italia şi la începutul secolului al XIX-lea, J.C.REIL (1803), în Germania , recomandau acelaşi procedeu terapeutic. In una din lucrările sale (1803), REIL afirma că "In alienarea cauzată de dorinţe sexuale, relaţiile sexuale

relaţiile sexuale, pot acţiona ca un remediu fizic", dar nu uită să adauge că "uneori aceste raporturi afectează simţul moral al pacientului, în avantajul sau dezavantajul său". Tot el recomandă ca indivizilor idealişti şi singuratici să li se aducă cîte o parteneră "nimfă", capabilă să-i vindece "chiar şi de concepţiile lor greşite".

Cu toate că pudoarea secolului al XIX-lea a contribuit la restrîngerea acestor recomandări, ele se repetau, în particular prin indicarea sau sugestionarea unor escapade, iar sfatul terapeutic pentru tinerele fete isterice era mult mai convenţional : ele trebuiau să se mărite şi dacă tulburările persistau, atunci urma recomandarea de a da naştere unui copil, etc.

Odată cu critica valorii acestor sugestii terapeutice şi cu recomandările de a se renunţa la ele, FREUD a prezentat teoria etiologiei sexuale a isteriei într-o nouă variantă, prin mutarea frustrării sexualităţii adulte asupra frustrării instinctelor sexuale infantile.

De fapt, atît teoriile etiopatogenetice, cît şi înţelesul şi sensul conceptului de isterie s-a schimbat de-a lungul secolelor. O contribuţie importantă în descrierea fenomenologiei, mecanismelor etiopatogenetice şi a terapiei isteriei a fost adusă de CHARCOT (186o), BREUER şi FREUD (1895), P. JANET (1892), BABINSKI (19ol), PAVLOV (1932), KRETSCHMER (1951), CHODOFF şi LYONS (1958) şi alţii.

Numeroasele păreri şi teorii concentrate de-a lungul secolelor asupra isteriei au făcut ca sensul acestui concept să fie ambiguu. Actualmente, prin termenul de isterie se înţeleg două modalităţi de fenomene psihogene diferite:

a) o categorie specială de simptome nevrotico-psihiatrice, şi

b) o comportare temperamental-ostentativă

Pentru a preîntîmpina o confuzie între aceste două sensuri, noi limităm termenul de isterie la simptomele caracteristice nevrozei isterice, în timp ce pentru comportamentul temperamental şi ostentativ folosim termenul de "histrionic". De fapt, simptomele isterice şi comportamentul histrionic pot apărea independent unul de celălalt, în timp ce la mulţi isterici întîlnim o atitudine de "belle indifference" faţă de simptomele lor fizice, atitudine care este tocmai opusul ostentaţiei histrionice.

Personalitatea istericului se caracterizează printr-o manieră aparte de a-şi construi şi realiza raporturile interpersonale, raporturi în cadrul cărora, prin atașament şi o hiperexpresivitate caută să se evidenţieze pentru a capta şi a deveni centrul atenţiei grupului în care se află. In cazul în care nu-şi poate realiza acest

obiectiv, se simte frustrat şi ameninţat.

In lupta psihologică pentru a se menţine mereu în centrul atenţiei, sînt ajutaţi atît de imaginarul şi hiperexpresivitatea lor bogată, cît şi de teatralizarea excentrică şi extravagantă a evenimentelor şi a propriilor trăiri. Prin aceste acţiuni, alături de captarea atenţiei şi aprecierea generală momentană, ei caută să mascheze şi unele dezechilibre instinctive şi alte deficienţe cum sînt cele afective, de autocontrol, instabilitate şi altele.

Deşi aparent pare şi luptă prin teatralizarea vieţii sale erotice să pară hipererotic ("mare curtezan şi cuceritor", "femeie fatală", etc), istericul are mai degrabă dificultăţi în acest domeniu (eşecuri, complexe, impotenţă, frigiditate, etc), a căror substrat psihogen îl constituie contradicţiile dintre pretenţiile imaginarului bogat şi realitatea concretă.

De obicei, istericul nu este nici un hiperemotiv şi nici o persoană cu o căldură afectivă, dominată de sentimente profunde şi durabile, ci mai curînd un "sărac şi un instabil afectiv", care apelează mai mult la emoţii doar în scop expresiv-teatral, fără a le trăi semnificaţiile lor raţionale. El este mai degrabă un "egofil", "un egoist", un om al evenimentului, al situaţiei, al intuiţiei, al spontaneităţii, al improvizaţiei şi al adaptării uşoare la situaţii noi, fiind incapabil să se autodepăşească afectiv, avînd şi un mare grad de sugestionabilitate, ceea ce constituie una din trăsăturile sale fundamentale.

Din trăsăturile de mai sus se desprinde şi faptul că istericul este şi un instabil, inconstant, capricios şi mai mult sau mai puţin un nesistematizat, fiind înclinat mai mult spre formal şi spectacular, spre efectul teatral prin care să strălucească imediat în ochii celorlalţi.

In general, cu toate că istericul este un om sociabil, uneori chiar hipersociabil, realizînd cu uşurinţă relaţii interpersonale (în lipsa cărora trăieşte un sentiment de sufocare), el nu este un om al prieteniilor intime, ci un om al grupului, grup în care apelînd la "magia cuvintelor", face expuneri atractive , chiar captivante, dar destul de apropiate de mitomanie şi pseudologie, cu predominarea formalului în detrimentul conţinutului.

Sentimentalismul afectat, tendinţa la fantastic şi ficţiune, predominanţa imaginarului asupra obiectivului şi fuga de real, tipul infantil al reacţiilor, intoleranţa la frustrări, deplasarea realităţii spre falsul subiectivism şi tendinţa de teatralizare, dramatizare excesivă şi zgomotoasă a trăirilor sale neplăcute, sînt trăsături de bază ale personalităţii isterice.

Prin isterie înţelegem o formă de nevroză caracterizată printr-o expresivitate somatică a ideilor, imaginilor şi a trăirilor afective, ceea ce facilitează o convertire a anxietăţii şi trăirilor tensionale într-o multitudine de simptome ce imită nenumărate maladii neurologice, somatice şi chiar psihice. Absenţa aparentă a anxietăţii în isterie se datoreşte faptului că ea este exprimată prin diferite simptome de conversiune somatică, mai ales simptome legate şi axate pe sistemul nervos general.

Deci, nevroza isterică se exprimă patoplastic printr-un bogat polimorfism de asocieri de simptome durabile sau paroxistice, de tip funcţional neurologic (legate mai ales de sensibilitate, motilitate, senzoriabilitate etc), dar fără prezenţa unor leziuni organice. Istericul are o fispoziţie generală a personalităţii de a-şi exprima dificultăţile generate de stările tensionale, trenante, conflicte sau emoţii negative puternice prin aceste aşa-zise pseudomaladii funcţionale. Din cauza fenomenelor de conversiune patologică, în ultimele decenii psihanaliştii apelează tot mai frecvent la expresia de "conversiune isterică" în loc de "isterie". Această presupunere scapă din vedere faptul că printre cele mai comune simptome isterice se numără tulburările funcţiilor psihice "neconvertite", ca de exemplu tulburările de conştiinţă, memorie şi emoţii.

Referindu-ne la conversiunea isterică, pseudoneurologică, semnalăm faptul că oricare ar fi forma lor de manifestare (ca de pildă paralizie generalizată, paraplegie, hemiplegie, monoplegie flască sau în contracţie, spasme pseudocoreiforme sau pseudotetanice, torticolis, hiperestezie, tulburări senzoriale, cecitate, surditate, afonie, etc), aici nu se întîlnesc niciodată leziuni organice, tulburări ale reflexelor, semne piramidale, tulburări senzitive caracteristic organice, dischinezii striate sau cerebeloase şi , în fine , oricît de lungă ar fi durata paraliziilor funcţionale, ele nu duc niciodată la anchiloză, retracţie tendinoasă sau la amiotrofie.

In acest context ne oprim şi asupra "crizelor isterice paroxistice", manifestări de scurtă durată, care în ultima vreme nu mai îmbracă decît rareori forma manifestărilor clasice epileptoid-tonico-clonice, apoi asupra clonismului cu controrsiunile şi atitudinile pasionale, toate dominate de o bogată expresie şi exteriorizare teatral-dramatică.

Actualmente, cele mai comune manifestări paroxistice întîlnite în isterie se rezumă la crize nervoase, mai ales viscerale şi circulator-vasomotorii, ca de pildă crize pseudosincopale (mă sufoc, voi muri, mi se opreşte inima, respiraţia, edeme, spasme vasculare, vertij, hipertermie, spasme esofăgiene, nod în gît, vomismente, spasme intestinale, vaginism, retenţie urinară etc), crize pseudoepileptice, crize intense de agitaţie psihomotorie (în care e nevoie de 3-4 persoane pentru imobilizarea bolnavului), crize de inhibiţie catatoniformă, crize de catalepsie, cataplexie,

letargie sau somnambulism. Ca şi precedentele manifestări pseudoneurologice, nici aceste crize paroxistice - cu o desfăşurare mai mult sau mai puţin demonstrativă - nu sînt generate de leziuni şi suferinţe organice, ceea ce nu exclude însă faptul că istericii să nu poate prezenta îmbolnăviri organice şi că bolnavii organici să nu poată prezenta fenomene isterice. Tocmai de aceea, în toate aceste cazuri e nevoie de multă atenţie şi de examinări componente, pentru că se citează cazuri de deces la cîteva zile după diagnosticarea lor ca fiind isterice, în fond fiind vorba de tumori cerebrale sau alte suferinţe cardiovasculare.

Instalarea fenomenelor isterice în urma unor traume sau conflicte afective, mai mult sau mai puţin intense şi bine conturate sau conştientizate, constituie în totdeauna expresia dorinţei inconştiente, sau cel puţin mascate, de înlăturare a unor trăiri stresant tensionale sau de evadare dintr-o situaţie nefavorabilă din care nu a găsit o altă modalitate de ieşire.

De obicei, în spatele acestor manifestări se ascund întotdeauna conflicte vechi, în special legate de copilărie, iar motivarea instalării lor este inconştientă.

In practica psihiatrică am întîlnit frecvente cazuri ale căror manifestări isterice s-au instalat după emoţii negative puternice, conflicte, psihotraume, accidente sau chiar catastrofe naturale. Majoritatea acestor bolnavi au prezentat şi anterior asemenea manifestări, dar cu ocaziile celor două inundaţii ale deceniului trecut, simptomatologia isterică s-a instalat numai după ce inundaţiile au trecut şi urmările lor au fost înlăturate. La un număr restrîns din bolnavii noştri, isteria a constituit un mijloc şi o modalitate de refugiu în boală şi , bineînţeles, de evadare dintr-o situaţie mai mult sau mai puţin insuportabilă.

Odată cu relevarea marelui grad de contagiozitate a isteriei, nu trebuie neglijat nici faptul că în unele cazuri isteria poate fi cultivată şi întreţinută de interese afective , economice sau revendicative, ajungînd în cele din urmă să se apropie de sinistroză, fenomen care uneori ne creează destule probleme.

Bogatul polimorfism simptomatic întîlnit în isterie, are numeroase cauze psihogene şi fiziogene, cauze şi simptome care apar într-o lumină şi semnificaţie diferită pacientului faţă de medic .

Pentru pacient, simptomele isteriei pornesc de la observarea că unele din abilităţile sau funcţiile sale psihice sau fizice nu funcţionează adecvat, sau chiar deloc. Simptomele respective au pentru el aceeaşi semnificaţie ca şi simptomele organice. El nu face nici-o distincţie între organic şi psihogen şi întrucît nu se simte vinovat sau răspunzător pentru apariţia şi desfăşurarea simptomelor, preferă mai degrabă

un diagnostic organic, motiv pentru care apelează mai tardiv sau chiar refuză consultul şi terapia psihiatrică.

Isteria îşi are originea imediată în convingerea hipocondriacă de a fi bolnav, convingere care se realizează cu uşurinţă la subiecţii cu o mare capacitate autosugestivă. De obicei, fără această forţă autosugestivă, dorinţa de a fi bolnav duce doar la "simularea" unei boli (fenomen întîlnit destul de rar). Pentru a transforma dorinţa de boală în convingere hipocondriacă(care să se poată verifica atît subiectiv cît şi obiectiv), pe lîngă forţa autosugestivă, istericii dispun şi de o mare capaci - tate disociativă. Dar, capacitatea autosugestivă şi discociativă este, de obicei, insuficientă pentru a menţine o fenomenologie isterică timp îndelungat. In general, isteria se ameliorează cu timpul, iar istericul poate deveni conştient de posibilităţile de convertire psiho-somatică a dorinţelor de boală (mai mult sau mai puţin conştientizate). Astfel, el poate să-şi agraveze deliberat toate simptomele isterice şi să recurgă chiar şi la trucurile simulatorului. De multe ori amestecul dintre isterie şi simulare se manifestă printr-o ostentaţie histrionică, încît devine impo - sibil pentru psihiatru să delimiteze unde se termină isteria şi unde începe simularea.

Chiar confesiunea ulterioară a unui asemenea pacient că ar fi simulat un anumit simptom nu mai are nici-o valoare pentru că această confesiune este influenţată de condiţiile recente, care dictează felul şi conţinutul reminiscenţei. Această reminiscenţă este mai degrabă o paramnezie inventată decît o amintire adevărată.

Pentru a evita un diagnostic pripit de isterie care poate impieta asupra reputaţiei unui medic, sîntem datori ca pe lîngă o analiză şi observare atentă a fenome - nologiei psihopatologice să investigăm cu mult tact şi condiţiile familiale, profe - sionale şi sociale în care trăieşte pacientul respectiv.

La prima vedere pare ciudat că o persoană, în mod mai mult sau mai puţin conştientă doreşte neapărat să fie bolnavă. Si totuşi acest lucru se poate explica dacă luăm în considerare situaţiile familiale şi profesionale în care apar aceste dorinţe şi manifestări isterice. In general aceste situaţii sînt neplăcute , ameninţătoare şi stresante şi nu rareori ele pot fi evitate prin refugiul în boală. Cînd se întîlnesc frecvent în sînul familiei, ele tentează persoanele susceptibile să dore - ască o boală care să-i scutească de responsabilităţi şi îndatoriri neplăcute, să le asigure privilegii speciale şi să le dea posibilitatea să-şi impună dorinţele prin supunerea emoţională a rudelor, care vor deveni sensibile la acuzaţia că neglije-

ază suferința unui membru bolnav al familiei. Asemenea fenomene pot apărea şi în afara familiei şi nu rareori ele sînt generate de unele suferinţe organice minore şi tranzitorii, accidente sau conflicte triviale (comune), prin care subiectul cere (mai mult sau mai puţin simbolic) o compensaţie. Această fenomenologie mixturală isterico-simulatorie nu cedează la nici un fel de terapie (medicală, psihologică sau chiar chirurgicală), existînd doar o singură modalitate curativă şi anume: rezolvarea sau refuzarea directă a tuturor cererilor de recompensă, eventual prin plătirea unor sume. Pornind de la aceste aspecte, această formă de isterie este denumită "nevroză compensatorie".

Concomitent cu autoobservarea atentă a simptomelor, se pun în acţiune atît procesele psihoneurale, dublate de verificări repetate fără o cooperare intenţională, cît şi dezvoltarea autosugestiei şi a convingerilor isterico-hipocondriace. Convingerile hipocondriace se realizează cu precădere la persoanele cu o predispoziţie disociativă mare. De fapt, atît simptome isterice cît şi acuze hipocondriace se întîlnesc în afara isteriei şi în alte maladii psihice (nevroze şi prihoze), ajungîndu-se uneori la aşa-zisele sindroame hipocondriace.

In cadrul isteriei există o discordanţă evidentă între numeroasele acuze subiective şi simptomele obiective. Astfel, bolnavii, în ciuda convingerii lor că sînt paralizaţi, continuă să se mişte. Această discordanţă nu constituie fenomenul unei incongruităţi schizofrenice (sau al altor psihoze). In fond, această optică deluzorie a realităţii este idiosincretică şi mai mult sau mai puţin ruptă de unele elemente reale.

In psihastenie şi mai ales în nevroză cenestopatică şi anxioasă se întîlnesc destul de frecvent convingeri hipocondriace legate de teama hipocondriacă de a avea anumite boli, ca de pildă un proces expansiv intracranian, o cardiopatie şi altele. Cu toate că psihastenicul se îndoieşte de acuzele sale hipocondriace şi ca atare nu trece la verificarea lor, există fobii hipocondriace care sînt totuşi verificate fără ca ele să fie convertite în simptome isterice, ca de exemplu teama de a leşina pe stradă, teama de a prezenta barbarisme într-o companie foarte politicoasă, teama de a-i tremura capul în permanenţă, teama de a nu comite alte acţiuni care să-i aducă oprobriul celor din jur.

Cu toate că, după unii autori, ori de cîte ori fobiile hipocondriace sînt autoverificate, simptomele rezultate sînt isterice, totuşi prezenţa lor nu schimbă diagnosticul de nevroză anxioasă sau cenestopatică.

In general, în afară de teama nevrotică , mai sînt şi alte stări dominate de teamă de altă natură, capabile să producă simptome isterice. Astfel, în situaţiile de pericol acut am întîlnit o convingere hipocondriacă în care subiectul trăia sentimentul neimplicării în pericol, care ar fi doar o irealitate de coşmar ce afectează pe altcineva şi nu pe sine, pericol la care el participa doar ca un observator extern. Această scindare a Eului a fost descrisă la mulţi oameni expuşi pentru prima dată pericolelor şi brutalităţilor din lagărele de concentrare fasciste. Oamenii cu o capacitate disociativă slabă nu au putut merge mai departe de stadiul neconştientizării şi depersonalizării isterice. La alţii, convingerea de a fi observatori externi s-a transformat într-o transă isterică, care numai în cazuri foarte rare a fost atît de intensă încît să producă leşinuri şi crize isterice evidente. Majoritatea prezentau o transă superficială care nu atrăgea atenţia virtual periculoasă a supraveghetorilor fascişti. Cu toate acestea, chiar şi transa superficială era capabilă să reducă efectul trăirilor înspăimîntătoare, pline de teroare şi cruzime. In particular, această transă ar fi produs un anumit grad de analgezie şi în consecinţă o creştere a rezistenţei faţă de brutalităţile şi suferinţele trăite.

Probabil că transa superficială a apărut pentru prima dată în evul mediu, la persoanele suspectate de vrăjitorie, persoane care erau supuse din partea inchiziţiei unor examinări psihice şi în special fizice, pline de brutalitate şi cruzime. Dovezile căutate de inchiziţie se rezumau în mare la "stigmata diaboli" adică la orice parte a corpului care fiind înţepată nu producea durere şi sîngerare. Desigur, că teroarea, umilinţa şi schingiuirile grele ale nefericiţilor suspecţi au fost atît de mari încît femeile suspectibile intrau într-o stare de transă care genera atît fenomene de analgezie cît şi diminuarea sîngerării, fenomene care aduceau după sine pedeapsa capitală, realizată prin "arderea pe rug".

Cu toate că după P. Janet stările secunde de natură emotivă şi isterică se apropie mult de sindroamele confuzive, totuşi în isterie disoluţia conştiinţei nu este globală. Aici întîlnim, de obicei, o "îngustare a cîmpului de conştiinţă". In general, simptomele isterice sînt divizate în tulburări ale conştiinţei, memoriei, percepţiei, emoţiilor şi ale altor funcţii psihomotorii şi automate. Această divizare este arbitrară, deoarece multe din simptomele isterice se interferează unele cu altele.

Capacitatea autosugestivă şi disociativă a pacienţilor isterici, cauzează deseori o conştiinţă alterată, denumită "transa isterică". In formele ei cele mai dramatice, dacă într-o transă profundă, pacientul poate să piardă brusc contactul cu lumea şi chiar să

cadă jos "aproape inconştient".

Manifestările clinice sînt diferite, pacientul, care este de obicei femeie, alunecă sau se trînteşte la pămînt unde poate să stea "ţeapănă" sau "flască", sau poate să se co ntorsioneze ca un epileptic, în tăcere sau mormăind, plîngînd sau rîzînd. O criză isterică poate fi mai impresionantă şi mai spectaculoasă chiar decît o criză epileptică majoră, dar pacientul isteric nu-şi muşcă limba, nu este inconştient şi niciodată nu se răneşte prea tare şi chiar dacă pare că ar "cădea periculos" pe nişte scări, nu se alege decît cu nişte zgîrieturi şi vînătăi uşoare.

Transa isterică nu atinge niciodată profunzimea stuporii inconştiinţei unui atac epileptic major. Deci, spre deosebire de epileptici, pacienţii isterici dau semne de activitate îndreptate spre un scop. Aceasta este şi mai evident atunci cînd se opun în mod activ să fie consultaţi, de exemplu strîngînd ochii de îndată ce simt că cineva vrea să li-i deschidă. O persoană în transă se află într-un contact precar cu lumea înconjurătoare, iar cînd transa este adîncă, toată atenţia lor este absorbită de fenomenele din mintea lor. Pe de altă parte, cînd transa este superficială, bolnavul interacţionează cu mediul, aşa cum se întîmplă cu un om distrat care trece peste obstacole, dar această interacţiune se limitează la obiectele şi evenimentele care sînt în legătură cu motivaţiile sale distrate.

In mod obiectiv, persoana în transă profundă are un tonus muscular diminuat, astfel încît începutul transei poate fi anunţat de o cădere la pămînt, unde rămîne nemişcată sau se contorsionează. Manifestările obiective ale transei superficiale seamănă cu cele ale somnului parţial: bolnavul este capabil să se angajeze în activităţi cu un scop bine determinat, deşi pare să nu fie în întregime treaz şi conştient. Asemănările dintre stările de transă pe de o parte şi cele de somn sau de întunecare pe de altă parte, nu indică faptul că acestea îşi datoresc existenţa unor procese psihoneurale comparabile.

In cadrul "delirului isteric", altă formă de transă isterică, pacientul trăieşte într-o lume fantastică, bogat populată de imaginile şi fanteziile sale, caracterizată mai ales prin iluzii şi halucinaţii plăcute pe care, după cîteva ore sau zile , cînd redevine conştient, şi le poate aminti. Acest tablou clinic se întîlneşte rar şi diagnosticul lui este incert. Intr-o transă isterică superficială, deşi comportarea pacientului poate să pară normală, el îşi poate pierde identitatea, părăsindu-şi astfel obligaţiile familiale sau profesionale, realizînd astfel o evadare (fugă) isterică, "scăpînd pentru moment de povara obligaţiilor şi necazurilor sale". Unii pacienţi străbat distanţe mari, confortabil atît timp cît au bani, "pe jos sau cu alte mijloace de cirulaţie", cu destinaţie

precisă sau nu. In această evadare, istericii se comportă neagresivi şi normal faţă de mediul social, exceptînd faptul că nu-şi recunosc prietenii sau rudele decît în momentele cînd aceştia pot să le ofere bani sau un adăpost temporar. Odată cu revenirea din transă, ei îşi recîştigă identitatea, dispar dificultăţile în orientare şi atunci evadarea (fuga) se sfîrşeşte prin reîntoarcerea acasă.

Odată cu terminarea stării de transă şi a fugii, bolnavii rămîn cu o amnezie posttransă de intensitate mai mare sau mai mică faţă de evenimentele pe care le-au trăit în timpul fugii şi probabil şi cu o amnezie retrogradă faţă de evenimentele întîmplate înainte de evadare, iar pentru umplerea acestui gol mnestic pot să apară confabulaţiile isterice. Dar aici nu există o amnezie de durată asupra evenimentelor recente ca la korsakovieni, iar amintirile despre evenimentele recente sînt înlocuite temporar cu amintiri "halucinante", pe care cel puţin un timp , pacientul le consideră ca fiind adevărate. Aceste confabulaţii sînt de obicei atît de evident derivate din dorinţe isterice, încît sînt în totală contradicţie cu realitatea obiectivă.

In acest context, în afara fugilor reactive ale istericilor, putem aminti şi fugile depresivilor (cu preocupări de suicid - chiar fuga este un act parţial de suicid), adolescenţilor (uneori ca un act de revoltă sau de teamă să nu fie pedepsiţi), epilepticilor temporali, paranoizilor, etc.

Sideraţia sau criza nervoasă întîlnită atît de frecvent, se caracterizează printr-o instalare bruscă a unei stări de obnubilare a conştiinţei şi de inhibaţie psihomotorie asemănătoare stuporii, cu mutism, bradipsihie, inerţie şi pasivitate, imobilitate cataleptoidă, atitudini spectaculare şi semiinsensibilitate faţă de ambianţa şi solicitările exterioare.

Sideraţia sau îngustarea conştiinţei se întîlneşte şi în "crizele de panică anxioasă" în care bolnavul, fără nici-un teatralism dar sub impresia de a se afla în faţa unui mare pericol, iminent şi de neînlăturat, prezintă o reacţie de teroare, de angoasă sau nelinişte vitală. In aceste crize, haosul şi dezordinea sînt totale, iar disperarea înspăimîntată şi pericolul grav şi iminent facilitează apariţia reacţiilor necontrolate şi chiar a raptusului (descărcare explozivă ce poate duce la acte tragice: fugă, sinucidere, crimă).

In isterie, tulburările de conştiinţă se întîlnesc destul de frecvent şi ele se manifestă de obicei fie prin reducerea amplasării şi uşurinţei mobilităţii şi ajustării sale, fie prin organizarea ei - impusă de boală - în diferite forme şi structuri (în mar parte amintite), care nu reflectă în mod eficient realitatea.

Odată cu terminarea stării de transă şi mai ales a fugii isterice, de obicei bolnavii nu-şi recapătă imediat conştiinţa propriei identităţi. Acest fenomen se datoreşte faptului că amnezia retrogradă şterge pentru un oarecare timp tpate reminiscenţele vieţii anterioare, timp în care pacientul este "un om fără trecut". El nu-şi ştie numele, adresa şi ocupaţia, nu-şi recunoaşte rudele care vin să-l ia acasă şi nici căminul în care se duce. Bolnavul este descris ca un om care şi-a pierdut memoria, şi totuşi această etichetare este incorectă. El şi-a pierdut doar reminiscenţele şi toate cunoştinţele asociate cu identitatea sa personală. Toate celelalte cunoştinţe pe care le-a învăţat în trecut, îi sînt accesibile. El poate conversa în limbile pe care le-a învăţat, poate face calcule matematice, se îmbracă corect şi se poartă într-o manieră care nu frizează obiceiurile şi codul eticii morale. Defectul de memorie se limitează la pierderea isterică a identităţii. Un asemenea bolnav poate avea urme de amintire şi cunoştinţe personale asociate cu identitatea sa. El poate să recunoască un vecin şi chiar să i se adreseze corect pe nume, chiar cînd rudele cele mai apropiate îi par străine. Asemenea inconsistenţe nu-l deranjează pe pacient. Cînd îi sînt reproşate, el nu încearcă să le explice pentru că-şi el personal este la fel de uimit de ele.

In literatura de specialitate se cunosc cîţiva pacienţi care după o fugă isterică au avut o pierdere a identităţii pe care nu şi-au recunoscut-o, construindu-şi astfel o nouă identitate. Au început o nouă viaţă ca persoane noi, cu propriile lor seturi imaginate de amintiri. In asemenea cazuri se vorbeşte de "personalitate duală" - termen cîndva folosit prea des pentru schimbări de personalitate cauzate de modificări ale dispoziţiei isterice sau a sugestiilor hipnotice. Un exemplu clasic de personalitate duală este Ansel Bourne care într-o zi, după ce şi-a retras o considerabilă sumă de bani din bancă, a dispărut de acasă. Două luni mai tîrziu, într-un oraş îndepărtat, un om cu numele A.J.Brown, proprietarul unei mici cofetării, s-a trezit într-o dimineaţă şi spre consternarea sa nu şi-a mai recunoscut cofetăria şi locurile. El ştia că este Ansel Bourne şi afirma că nu auzise niciodată de numitul A.J.Brown şi nici de cofetăria sa, neputînd să explice nici modul cum a ajuns în locul respectiv.

Pe lîngă cele de mai sus, pacienţii isterici mai pot prezenta şi un tablou clinic de pseudodemenţă isterică, ce se caracterizează prin tendinţa de a da răspunsuri aproximative dar nereale. Ei susţin că 2+2 = 5, că vaca are 5 picioare, săptămîna 8 zile, că lingura este o lopată sau şiretul o funie. Cînd întîlnesc medicul, i se adresează spontan, cu idei şi afirmaţii evident greşite. Aflîndu-se în plină zi însorită, ei afirmă

că e noapte. Răspunsurile şi afirmaţiile de acest gen arată că pacientul, deşi cunoaşte adevărul, intenţionat dă răspunsuri eronate sau vorbeşte alături ("vorbeireden" - a vorbi pe lîngă adevăr). Unii din ei îşi pierd şi abilitatea motorie a unei deprinderi însuşite, ajungînd pînă acolo încît atunci cînd li se cere să folosească o cheie, să aprindă un chibrit, se comportă într-un mod asemănător unei imitaţii de apraxie organică, manevrînd cheia sau chibritul în toate felurile posibile în afara celui corect, iar comportamentul lor dă impresia unei clovnerii intenţionate.

Pseudodemenţa isterică este deseori denumită sindromul "Ganser". Cu toate acestea, tabloul descris de Ganser în 1898 era cel de pseudodemenţă complicată cu tulburări de conştiinţă care a cauzat o dezorientare şi halucinaţii. Este necesar să se restrîngă termenul de sindrom Ganser la pacienţii cu fenomene pur pseudodemenţiale ca rezultat al unei complicaţii adiţionale. Comportamentul pseudodemenţilor dă impresia de simulare pentru că este foarte inconsecvent, dar pacienţii respectivi, spre deosebire de simulatori, nu sînt supăraţi din cauza inconsecvenţelor lor şi nu sînt mereu în gardă pentru a le evita. Un răspuns greşit la o anumită întrebare este deseori urmat de răspunsul corect la aceeaşi întrebare. La fel, sînt caraghioşi atunci cînd încearcă să aprindă un chibrit fără să reuşească, dar mai tîrziu reuşesc fără nici-o greutate cînd, fără să-şi dea seama, îşi aprind o ţigare. Această fluctuaţie între ignoranţă "vorbeireden" - şi aprexie este un fenomen caracteristic pseudodementului isteric dar nu şi celui simulant. De obicei, cînd situaţia critică a luat sfîrşit, sindromul Ganser dispare. Dar există şi cazuri în care sindromul Ganser nu dispare. In aceste cazuri diagnosticul de isterie sau simulare nu a fost corect, sindromul Ganser fiind doar uvertura unei schizofrenii, a unei demenţe organice sau a unei epilepsii. De aceea nu este surprinzător faptul că unii clinicieni au devenit mai cumpătaţi în acordarea diagnosticului de pseudodemenţă pentru că îşi amintesc de pacienţii care s-au dovedit a fi "pseudo-pseudodemenţi".

Există şi pacienţi care adoptă dorinţa isterică de a regresa în starea neajutorată a copilăriei. Ei îşi pierd deprinderea de a merge, de a respecta coduri de maniere. Se tîrăsc în patru labe, scot sunete nearticulate, mănîncă cu mîinile şi îşi sug degetele. Această stare se numeşte infantilism sau puerilism isteric.

Un alt deranjament al memoriei îl constituie înlocuirile reminiscenţelor recente prin flecăreala isterică. Confabulaţiile isterice sînt la fel de des derivate din dorinţele şi fanteziile istorice cît şi variabile în funcţie de realitatea obiectivă.

Cînd un copil are tendinţa de a relata reminiscenţele confabulate ca şi cînd s-ar fi întîmplat cu adevărat, de obicei luăm o atitudine îngăduitoare şi atribuim paramnezia copilului imaginaţiei sale vii. Dar cînd asemenea confabulaţii isterice le fac adulţii, simptomul este denunţat ca "minciună patologică" sau "pseudologie fantastică". Poveştile relatate ca adevărate sînt uneori fantastice. Pacienţii se laudă că au cunoscut mari celebrităţi, că au cîştigat sume mari de bani, că au văzut o stafie, că au comis crime groaznice etc. Ei sînt consideraţi de unii autori ca "şarlatani ai încrederii" pentru faptul că unii din aceşti isterici folosesc talentul lor de a spune minciuni convingătoare cu scopul intenţionat de a înşela şi de obţine beneficii personale. Dar mulţi dintre confabulatorii isterici, deşi nu obţin avantajele materiale, se mulţumesc doar cu faptul că sînt ascultaţi de un public oacazional. De multe ori însă, chiar şi această plăcere este de scurtă durată pentru că oamenii care trăiesc şi lucrează cu un asemenea pacient, ajung repede să nu-i mai creadă poveştile, chiar dacă ele sînt relatate foarte convingător şi cu multe detalii.

Alături de aceste simptome, în isterie se întîlnesc frecvent şi fenomenele de conversiune senzorio-motorie. Conversiunea poate fi definită ca o modalitate inconştientă de exprimare sau proiectare într-o multitudine de forme sau simptome somatice (paralizii funcţionale, anestezii, parestezii, contracturi, afonie, cecitate, surditate etc), a impulsurilor, tendinţelor sau stărilor tensionale refulate.

După cum rezultă din definirea dată, conversiunea se manifestă prin diferite forme de pierdere a abilităţii sau de inhibiţie a unor funcţii somatice, simptome care s-ar afla în legătură directă şi simbolică cu unele conflicte sau stări psihice tensionale pe care subiectul nu le exteriorizează direct şi conştient, ci convertite în expresii somatice, cu scopul evadării din situaţiile penibile sau de a-şi găsi o protecţie împotriva anxietăţii.

Simptomele somatice ale conversiunii includ mai ales tulburări isterice de conştiinţă sau memorie. Orice eveniment psihologic poate fi o reflectare a unei experienţe isterice. In primul caz, pierderile individuale, abilitatea de a reculege porţiuni semnificative ale experienţelor trecute, incluzînd cîteodată chiar şi identitatea personală. In starea de fugă se întîlneşte o permanentă tendinţă de evadare. Amnezia isterică şi fuga se pot realiza concomitent. Discrepanţele sindromului Ganser, în care pacienţii pot răspunde că o găină are trei picioare ş.a.m.d., sînt atît de mari încît ei nu mai pot fi receptaţi ca suferind de boli organice.

Conversiunile corespund unei idei existente în mintea pacientului privind schimbările senzoriale, fizice sau psihologice. Ele sînt legate de un conflict emoţional pe care deseori nici subiectul nu-l poate pune în evidenţă. Alte trăsături ale conversiunii sînt legate de un prim cîştig, un al doilea cîştig, o alegere simbolică a simptomului, manevrarea mediului înconjurător sau a unor persoane şi în primul rînd personalitatea isterică ce caută să-şi impună dorinţele şi să cîştige atenţia grupului.

Chiar dacă mediul respinge istericul şi hipocondriacul , pacientul nu doreşte să plece pînă nu primeşte un ajutor pentru a găsi o uşurare mai potrivită pentru acuzele şi probleme sale dificile.

Cele mai impresionante simptome ale conversiei isteriei sînt paraliziile motorii. Ele se pot limita la o mînă, un picior sau un membru, pot să afecteze o parte întreagă a corpului, (hemiplegie), numai părţile inferioare ale corpului (paraplegie) sau ambele părţi (diplegie). Paraliziile isterice ale feţei sau limbii sînt rare. Destul de comună este paralizia parţială ale muşchilor corzilor vocale, care exprimă convingerea isterică "mi-am pierdut vocea". Pacienţii cu mutism isteric sau cu afonie nu pot vorbi decît în şoaptă. Totuşi, spre deosebire de pacientul cu paralizie organică a corzilor vocale, ei pot tuşi pentru că nu leagă sunetul tusei cu sunetul vocii lor.

Tonusul muşchilor paralizaţi isteric este normal sau flacid. Rigiditatea musculară este totuşi uneori prezentă, cu toate că ea diferă de rigiditatea musculară datorată leziunilor neuropatologice: este crescută ori de cîte ori se fac încercări de a mişca pasiv partea paralizată. Muşchii paralizaţi isteric nu prezintă o diminuare a volumului lor, iar tegumentele membrelor paralizate pot deveni strălucitoare, cianozate şi edematoase.

O altă tulburare este tremuratul, variabil în intensitate şi distribuţie. El poate fi foarte fin sau accentuat, local sau general, continuu sau spasmodic. Mişcările coordonate pot deveni dezorganizate. Astfel, pacienţii cu astasie-abasie isterică, deşi nu au paralizii musculare, cad pe podea imediat ce se ridică în picioare sau fac cîţiva paşi. Unii pacienţi reuşesc să rămînă în picioare şi să se mişte atîta timp cît au un punct de sprijin. Tulburările isterice de mers pot fi constituite din manevre foarte bizare şi obositoare. Cele mai interesante figuri şi piruete se realizează cu multă energie. Unii pacienţi umblă ca şi cînd ar ţine o greutate în balanţă pe o funie întinsă, alţii se mişcă încet şi greoi iar alţii se-şi(?) ... înainte de a porni spre un alt punct de sprijin.

Tulburările de motilitate isterică pot afecta (mai ales la femeile tinere) şi ritmul normal al respiraţiei, ce se manifestă prin crize de hiperpnee sau tahipnee. Ele sînt precedate de senzaţia că nu pot respira suficient de adînc precum şi de o teamă că nu le ajunge aerul. Dacă hiperpneea isterică se prelungeşte, eliberarea, în cantităţi mari, a bioxidului de carbon din sînge şi alcaloza rezultată determină apariţia fenomenelor tetaniforme, care încep cu tremorul mîinilor şi al picioarelor şi avansează spre spasme tipice carpo-pedal, laringian, sau spre crize generalizate de contractură şi chiar convulsii.

La unii pacienţi, un episod de hiperpnee este urmat de o perioadă de apnee cu expiraţia reţinută destul de mult pentru ca ea să producă anoxia cerebrală şi odată cu ea pierderea cunoştinţei. Unii pacienţi învaţă să folosească acest truc cu respiraţia reţinută intenţionat, de cîte ori au situaţiile plăcute şi vor să mimeze un leşin.

Cecitatea isterică se întîlneşte în clinică şi noi putem să o considerăm mai mult o conversiune de percepţie decît o pierdere a senzaţiilor vizuale, aşa cum se întîmplă în orbirea organică. Consideraţii similare se pot aplica şi în afazia isterică şi ANOSMIA ISTERICA . Cele mai comune impercepţii isterice sînt cele cutanate, ale atingerii, temperaturii şi durerii. Se vorbeşte frecvent de anestezie sau analgezie isterică pentru că pacientul nu-şi dă seama cînd este atins sau înţepat într-o regiune sau alta a corpului. Un pacient cu cecitate isterică prezintă un reflex normal atunci. cînd medicul îşi îndreaptă mîna repede şi pe neaşteptate spre ochii lui.

Suprafaţa tegumentelor cu anestezie sau analgezie isterică poate fi extrem de variată ca mărime, ea se poate extinde pe întreaga suprafaţă a pielii sau numai pe unele zone restrînse, mai mult sau mai puţin bine definite. Marginile suprafeţelor anestezice sînt mai precis delimitate decît în anestezii organice. In hemianestezia organică, de exemplu , pierderea senzaţiei nu începe exact la mijloc, dar începe exact acolo în impercepţiile isterice ale unei părţi a corpului. Impercepţia isterică a unei mîini sau a unui picior acoperă , de obicei, suprafaţa care corespunde ideii de "mînă " sau "picior" şi de aceea se spune că are o distribuţie în "mănuşă" sau "ciorapi" sub garou sau "sub centură", "supracentură", etc. Absenţa reflexelor corneene sau faringiene ca răspuns la stimulii tactili, era privită de Charcot ca un stigmant al predispoziţiei isterice, dar aceasta afirmaţie a fost demult abandonată.

Unii pacienţi isterici au o impercepţie a senzaţiilor posturale. Ei nu pot să indice cu ochii închişi poziţia unui membru după ce acesta a fost mişcat. Aceeaşi inabilitate

este prezentă ca un semn clinic la pacienţii cu ataxie organică, dar în schimb pacienţii organici nu sînt ataxici.

Anestezia vaginală poate fi un sistem isteric al imperceptiei care contribuie la frigiditatea pacientei. Ea poate fi prezentă doar numai la contactul cu unii parteneri sexuali, în timp ce la contactul cu alţii lipseşte. Similar, unii bărbaţi, în timpul contactului sexual pot prezenta cu unele partenere (şi nu cu altele) o anestezie falică isterică, fenomen care lipseşte în timpul masturbaţiei.

O varietate specială a imperceptiei isterice apare la pacienţii care neagă orice suferinţă, cu simptomele sale organice evidente. O negare isterică a simptomelor organice poate fi prezentă la persoanele tinere, care de dragul mult dorită plăceri, reuşesc temporal să suprime toate pericolele care ameninţă plăcerea lor. Simptomul este mai frecvent şi mai durabil la persoanele în vîrstă, care neagă orice semn al senilităţii. Acest lucru se observă şi la persoane de altfel sănătoase, dar care prezintă tulburări de auz, susţinînd că ele nu au nici-o tulburare de acest fel, doar numai că lumea ar trebui să vorbească mai tare şi mai clar.

Interesul clinic pentru negarea simptomelor organice a fost stîrnit de nişte pacienţi cu leziuni cerebrale, cu hemiplegie a părţii stîngi. Babinski, în 1914, le-a denumit ca fenomene de anosognozie . Există, bine înţeles şi alte simptome sau fenomene neuropatologice în care este prezentă agnozia sau negarea, ca de pildă incontinenţa urinară sau fecală, mişcări involuntare, orbire, afazie, anexie, etc. Numeroşi neurologi privesc anosognozia ca pe un simpton determinat organic pentru că apare la pacienţii cu leziuni cerebrale evidente. S-au făcut încercări de a se lega aceste tulburări de leziunile lobului parietal, în special din emisfera nedominantă, dar ele apar şi în leziunile altor zone cerebrale, iar uneori par să depindă mai mult de o înceţoşare a conştiinţei. S-a observat , de exemplu că atunci cînd anosognozia a dispărut la un pacient, ea poate fi reactivată de o coborîre a conştiinţei printr-o injecţie intravenoasă de amital sodic.

Dintre alte simptome întîlnite la isterici , un loc important îl ocupă şi tulburările funcţiilor autonome, ca de pildă constricţia sau dilatarea arteriolelor şi capilarelor în diferite zone. Astfel, unii pacienţi în transe isterice îşi pot provoca răni care abia sîngerează, în timp ce în alte situaţii roşesc foarte repede, iar cînd hiperemia se prelungeşte, se poate instala urticaria.

In patologia semnelor de urticarie nu se poate vorbi doar de hiperemie, prin

dilatarea vaselor sanguine, ci şi de un proces de exudaţie fluide în ţesuturi, probabil combinată cu mici pete hemoragice, favorizate de frecarea sau grotajul tegumentelor, ajungînd uneori pînă la eroziuni superficiale ale pielii, din care se poate prelinge un fluid curat sau urme de sînge. Manifestările de acest gen sînt cunoscute sub numele de "dermatitis artefacta".

Printre aceste manifestări dermice ("dermatitis artefacta") unele sînt (de obicei au fost) inspirate din convingeri isterice mistico-religioase. La aceşti pacienţi se poate întîlni "stagmatul lui Christos" în forma eroziunii lor pătate de sînge: pe frunte, mîini, picioare şi în regiunea ficatului. Primul om cu acest stigmat a fost aşa-zisul "sfînt" Francisc de Assisi în 1224. Acest fenomen se întîlneşte mai frecvent la femei. Mai recent, printre cei mai cunoscuţi stigmatici se numără Theresa Neumann din Germania şi călugărul capucin Padro Pio din Italia.

O altă tulburare de acest gen o constituie vomatul isteric, manifestat printr-o regurgitare rapidă a mîncării în timpul mesei sau după masă. O caracteristică a acestor pacienţi se leagă de faptul că ei nu au fenomene de greaţă şi nici nu se plîng de ea, iar odată de accesul de vomă s-a terminat, îşi pot relua masa fără nici-un efect negativ. În plus, ei nu prea slăbesc în greutate. O retenţie isterică de urină sau fecale se întîlneşte rar la tinere şi mai ales la elevele de şcoală. Teama de graviditate poate cauza la femei amenoreea isterică. O predispoziţie disociativă şi mai mare este întîlnită la femeile cu o dorinţă isterică de a rămîne gravide şi de a avea copii , ceea ce duce la instalarea amenoreeii şi la dezvoltarea abdomenului şi pieptului , fenomene care imită o sarcină în evoluţie. Tabloul clinic al acestei sarcini isterice poate fi atît de convingător încît chiar ginecologii pot să se înşele. Odată cu apropierea timpului naşterii, pacienta poate prezenta dureri ritmice, asemănătoare celor autentice. Graviditatea isterică a reginei Mary Tudor a căpătat o formă istorică. Ea s-a crezut gravidă la patru luni după căsătoria cu Filip al II-lea a Spaniei, şi în acest sens a poruncit să fie ţinute slujbe de mulţumire în toate bisericile din Londra. La opt luni după căsătorie, în aprilie 1555, s-a retras la Hampton Court şi s-a pregătit pentru naştere. În luna mai s-au pregătit scrisori pentru a fi trimise curţilor străine, anunţînd naşterea acestui copil. Dar cînd au trecut deja cele 9 luni, adevărul nu a mai putut fi ascuns, semnele de graviditate ale reginei datorîndu-se doar dorinţei şi convingerii sale isterice de a avea un copil.

Printre pacienţii isterici se întîlnesc şi unii (cazuri mai rare) care tînjesc după îngrijiri medicale şi chiar chirurgicale. In funcţie de aceste dorinţe ei îşi dezvoltă în repetate rînduri simptomele alarmiste, simulator-deliberate, caracteristice suferinţelor care necesită intervenţii de urgenţă. Denumirea de"sindrom Munchausen" a fost introdusă recent tocmai pentru a caracteriza varietatea acestor cazuri fizice, dominate de o patomimie polimorfă, uneori chiar riscantă, prin intervenţiile posibile. Alegerea numelui de Munchausen pentru acest sindrom nu este prea măgulitoare la adresa acelui baron, care a fost doar un mare şi încîntător povestitor şi nicidecum un isteric. De obicei, aceşti pacienţi au o oarecare pregătire medicală şi numai astfel pot simula o anumită boală. Ei nu ezită să se rănească în mod secret pentru a face mai verosimilă boala lor. Pot să-şi falsifice gradaţia termometrelor pentru a simula pirexia, să-şi scobească nasul pînă apare epistaxisul, etc. In urma acestor fenomene, unii sînt internaţi în spitale de urgenţă cu simptome serioase abdominale, ginecologice, neurologice, sau complicaţii cardiace, ajungîndu-se chiar la laparatomii repetate pentru perforaţii suspecte de ulcer peptic, ocluzii intestinale, sarcini extrauterine,apendicectomii sau pentru că au înghiţit sticlă, pioneze sau ace de siguranţă. Unii din ei recunosc pînă la urmă simularea isterică, dar alţii o neagă vehement şi devin furioşi la primul semn că ar fi suspectaţi de aşa ceva.

Tulburările de percepţie pot fi constituite şi din halucinaţii. Ele se întîlnesc mai ales în timpul transelor isterice şi pot fi prezentate prin diferite modalităţi psihosenzoriale, dar de obicei predomină halucinaţiile vizuale şi halucinaţii cenestezice, mai ales dureroase, ultimele întîlnindu-se şi în cazul unui senzoriu lucid. Deseori există o discrepanţă între plîngerile pacientului şi comportamentul său relativ netulburat, în special cînd i se atrage atenţia. Deşi la caracterizarea personalităţii isterice am abordat şi unele aspecte legate de afectivitate, ne permitem să revenim şi cu alte elemente legate de tulburările emoţionale întîlnite în isterie. Pornind de la ideea că prin simptomele isterice pacientul reuşeşte să-şi amelioreze o situaţie neplăcută şi grea, desigur că îngrijorarea cauzată de suferinţele şi handicapurile sale este trăită cu o nuanţă plăcută de indiferenţă. Această "belle indifference" se extinde şi asupra semnificaţiilor şi prognozei bolii sale. Din această privinţă un asemenea pacient este exact opusul unui hipocondriac a cărui viaţă este centrată continuu pe boală şi pe simptomele sale de care dorind să scape, le cultivă şi mai mult.

In general, această "belle indifference" isterică trebuie deosebită de apatia

emoţională întîlnită la mulţi schizofrenici, şi la cei cu o uşoară întunecare a conştiinţei. Lipsa îngrijorării emoţionale a acestor pacienţi non-isterici se extinde asupra a tot ceea ce fac, ajungînd deseori la o prea mare indolenţă. Ei acordă la fel de puţină atenţie simptomelor lor ca şi mediului înconjurător, dacă aceasta nu devine prea deranjant, în care caz el poate produce iritaţii şi reacţii negativiste.

Dar de obicei, "belle indifference" nu este singura tulburare întîlnită la isterici, mulţi dintre ei au o personalitate histrionică opusă pasivismului emoţional, ceea ce îi ajută uneori să poată cuceri o oarecare faimă pe scenă, pe ecran, sau în ocupaţiile în care se cer emoţii artificiale dar convingătoare. Bineînţeles că celelalte aptitudini şi talente necesare pentru asemenea cariere (sau ocaziile pentru a se dedica lor) nu sînt la dispoziţia oricărei personalităţi histrionice. O asemenea persoană aflată în grupuri sociale tinde să iasă (adică să se desprindă din comun). In relaţiile personale el poate fi dificil, mai ales dacă manevrează oameni în situaţii care-i oferă satisfacţii emoţionale. Numai cînd aceste etalări de emoţii produc suferinţă, este justificat să le privim ca simptome morbide şi să vorbim de "emoţionalitate isterică" şi "logică afectivă".

Pacienţii cu emoţionalitate isterică îşi pot supune şi domina familiile şi prietenii cu cereri de dragoste şi consideraţie, cu scene de scandal, răbufniri, atacuri, jigniri, crize de nerăbdare, acuzaţii, reacţii depresive, autocompătimitoare şi alte demonstraţii isterice.

Dar la aceşti histrionici temperamentali, de obicei emoţiile şi sentimentele nu sînt statornice. Cînd o serie din sentimentele lor au fost satisfăcute, un alt set le poate lua locul. După o dezlănţuire de sentimente destructive, poate urma o serie de sentimente conciliatoare şi afectuoase la fel de furtunoase. Unii pacienţi cu emoţionalitate isterică sînt schimbători în stările lor şi în continuu nemulţumiţi pentru că gratificaţia lor emoţională se învecheşte repede. Asemenea pacienţi caută schimbarea cu orice preţ, chiar cu preţul jignirii, rănirii sau părăsirii celor din jur. Pentru că bucuriile dragostei, afecţiunea şi activitatea sexuală îşi pierd repede farmecul iniţial, este necesară o schimbare pentru a renaşte. Nu rareori, ei apelează la parteneri noi sau caută să-şi mărească plăcerea prin consum de alcool, droguri sau perversiuni.

Persoanele histrionice normale nu sînt neapărat instabile în stările lor. Nu sînt dominatoare sau agresive în relaţiile cu alte persoane. Dimpotrivă, ei tind să fie sociabili, extrovertiţi, amabili şi de ajutor. Totuşi, manifestările lor emoţionale lasă

un gust de nesinceritate şi artificialitate. Numeroase femei histrionice sînt atrăgătoare şi le place să flirteze; cu toate acestea sînt incapabile să răspundă cu emoţii sexuale. Bărbaţii atraşi de ele trebuie să se mulţumească cu o promisiune de intimitate sexuală care nu se va materializa sau dacă da, se realizează într-o formă rece şi fără afecţiune.

Numeroase femei histrionice au tendinţe de supunere. Dorinţa lor este de servi cererilor emoţionale ale altora într-un fel material şi filantropic. Cînd această supunere histrionică devină excesivă, ea se transformă într-o legătură emoţională destul de durabilă. Cel mai tipic exemplu este legătura existentă între persoana hipnotizată şi hipnotizator. O formă temporară a acestei "sclavii emoţionale" apare la persoanele care devin rapid atît de legate sexual încît renunţă la viaţa lor familială stabilă, riscînd destrămarea ei şi pierderea propriului prestigiu şi stimă pentru singura plăcere de a fi lîngă "idolul lor".

Legarea emoţională nu este în totdeauna pozitivă. Elementele agresive predomină şi produc reacţii isterice. Ele sînt îndreptate către persoanele pe care odată pacientul le-a iubit şi printre acestea pot fi membrii familiei, colegii şi chiar medicii. Pacienţii îşi urmăresc cu perseverenţă şi în mod vicios victima, acuzînd-o şi denigrînd-o, folosind în acest scop toate armele avute la îndemînă, inclusiv simptomele isterice, cum ar fi scenele emoţionale, paramneziile şi minciuna patologică.

Pe lîngă cele amintite, nu trebuie uitate nici alte tulburări afective, care pot îmbrăca fie forme extatico-euforice, fie stări anxio-depresive, dominate uneori de reacţii explozive cu tendinţe agresive sau autoagresive. In aceste situaţii se întîlnesc şi tentative autolitice, realizate de obicei în scop "teatral", cu ţeluri mai mult sau mai puţin bine ţintite.

De obicei, tentativele autolitice nu se întîlnesc prea frecvent la isterici, dar după unii autori 7-12 la sută din ei pot comite asemenea acte, urmînd ca în următorii ani (prin repetarea lor), 1-2 la sută din ei să ajungă la exitus prin sinucidere.

Referindu-ne la aspectele psihopatologice generale descrise în această lucrare, în care nu am abordat aspecte legate de diagnostic , evoluţie, prognostic, tratament şi profilaxie, remarcăm faptul că deşi această entitate este cunoscută din antichitate, ea are încă şi azi multe puncte şi faţete mai mult sau mai bine cunoscute şi elucidate. Tocmai de aceea considerăm că investigaţiile şi studiul isteriei este încă de mare actualitate teoretică şi practică şi că aceste studii duc la o îmbunătăţire şi îmbogăţire a posibilităţilor de cunoaştere şi abordarea multidirecţională (fenomenologic, etiopatogenic, diagnostic, evoluţie, tratament, etc) a psihopatologiei generale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. ASHER, R. - Munchausen syndrome. Lancet, 1:339, 1951.
2. BERGNER, M.R. - The marital system of the hysterical individual. Family Process, 16:85-95, 1977.
3. BREUER, J. and FREUD, S. - Studies on hysteria (1895), New York, Avon Books reprint, 1966.
4. CAVENAR, O.J., SULLIVAN, L.J., MALTBIE, A.A. - A clinical note on hysterical psychosis. Amer.J.Psychiatry, 136:83o-2, 1979.
5. COTTRAUX, J., REYSS-BRION, M.P. et MASSOT, D. - La notion de psychose hystérique. J.Méd.Lyon, 5o:959-65, 1969.
6. DALIE, B. - Syndromes halucinatoires chroniques et hysterie. Evolut.psychiat. 34:339-59, 1969.
7. EASSER, B.R. and LESSER, S.F. - Hysterical personnality. Psychoanal.Quart., 34:39o-4o5, 1965.
8. FOLLIN, S., CHAZAUD, J. et PILON, L. - Cas clinique de psychoses hystériques Evolut.psychiat., 26:257-86, 1961.
9. FREUD, S. - Hysteria, 1888.
10. GANSER, S.J.M. - Ueber einen eigenartigen hysterischen Daemmerzustand, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 3o:633-4o, 1898.
11. HIRSCH, S.J. and HOLLENDER, M.M. - Hysterical psychosis. Amer.J.Psychiat., 125:81-7, 1969.
12. HOLLENDER, M.H. and HIRSCH, S.J. - Hysterichal psychosis. Amer.J.Psychiat., 12o:1o66-74, 1964.
13. ISRAEL, J., DEPOUTOT, C.J., KRESS, J.J. et SICHEL, P.J. - Hystérie. In:encyclopedia Medico-Chirurgicale. Psychiatrie Clinique et Therapeutique, vol.III, 3734o, a-1o (1-2o), 1971.
14. KREZSCHMER, E. - Körperbau und Charakter., Ed.Springer, Berlin, 1951.
15. LEE, S. - Mary Todor. In:Dictionary of National Biograhy. Ed.Smith., Elder, London, 1893.
16. LANGNESS, L.L. - Hysterical psychosis. Amer.J.Psychiat. 124:143-52, 1967.
17. LEMPERIER, T. - La personalite hysterique. In:Confrontations psychiatriques. Specia, Paris, 1968 (pag.53-66)
18. LEVINSON, H. - Auditory Hallucinations in a case of hysterie. Brit.J.Psychiat., 112:19-26, 1966.
19. LISHMAN, A.W. - Organic Psychiatry (pag.17, 23, 567-9). Blackwell Sc. Publications, London, 1978.
20. MALLETT, B.L. and GOLD S.A.-A pseudo-schizophrenic hysterical syndrome. Brit.J.med.Psychol., 37:59-7o, 1964.

21. MARTIN, P.A. - Dynamic consideration of the hysterical psychosis. Amer.J. Psychiat., 128:747-8, 1971.

22. McKEGNEY, F.P. - Auditory hallucinations as a conversion symptoms. Comprehens. Psychiat., 8:80-9, 1967.

23. MILLER, H. - Accident neurosis. Brit. med. J., 1:919, 1961.

24. NEMIAH, C.J. - Hysterical Neurosis, Dissociative Type. In:Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol.I. (p.:1220-31) Ediţia a II-a. Editat de FREEDMAN, M.A., Williams Wilkins, Baltimore, 1978.

25. PANKOW, G.W. -The body image in hysterical psychosis. Int. J. Psycho-Anal. 55:407-14, 1974.

26. REICH, W. - A hysterical psychosis in statu nascedi. Int. J. Psycho-Anal. 8:159-73, 1927.

27. REICHMAN, J. and WHITE, H. - A familiy view of hysterical psychosis. Amer. J. Psychiat., 127:280-5, 1970.

28. SIMIOPOULOS, V. - Hysterical psychosis: psychopathological aspects. Brit. J. med. Psychol., 44:95-100, 1971.

29. SIRBU AURELIA şi HOTICO, T. - Psihiatria clinică. (pag.295-300). Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.

30. SLATER, E. - Hysteria. J. Ment. Sci., 107:311-59, 1961.

31. SLATER, E. - and ROTH, M. - Clinical Psychiatry. Bailliere Tindall, London, 1977.

32. SUTTER, J.M., SCOTTO, J.C. et BLUMEN, G. - Aspects cliniques des accidents hysteriques, In:Confrontation psychiatriques, Specia, Paris, 1968, (pag.46-52).

33. TAYLOR, F.K. - Psychopathology its causes and symptoms. Quartermaine Hause Ltd. Middx., England, 1979.

34. ZIEGLER, F., IMBODEN, J. and MEYER, E. - Contemporary conversion reactions. Amer. J. Psychiat., 116:901-9, 1960.

ASPECTE FENOMENOLOGICE SI DE TRATAMENT ALE TULBURARILOR DE CONSTIINTA IN BOLILE VASCULARE CEREBRALE

Cs.Csiky, Gh.Grecu, K.Szücs

Patologia vasculară reprezintă un domeniu foarte vast, de care se ocupă mai cu seamă medicina internă şi neurologia. Dar în ultimele 3-4 decenii, acest important capitol al patologiei prezintă un interes tot mai mare şi pentru psihiatrie, datorită manifestărilor psihopatologice foarte variate pe care le produce. Dintre aceste manifestări se detaşează atît prin acuitate cît şi prin frecvenţă, tulburările de conştiinţă. Explorarea acestora cu ajutorul unor examinări paraclinice uzuale devine deosebit de anevoioasă, avînd în vedere că în aceste cazuri sînt atinse părţile "mute" ale creierului. Diagnosticul clinic, mai ales în cazul aterosclerozei, întîmpină multe dificultăţi. In primul rînd, un criteriu de bază al acestui diagnostic este considerat prezenţa modificărilor vasculare generale şi cerebrale. Dar de la cercetările lui ALPERS şi colab. (1948) se cunoaşte că frecvent lipseşte concordanţa între modificările vaselor generale, retiniene şi cerebrale sau arterioscleroza evidentă cerebrală nu produce nici un simptom neurologic sau psihic. Se ştie, de asemenea, că unele modificări patologice cvasicaracteristice în arterioscleroza generală, ca de exemplu creşterea lipidelor totale, sînt rar întîlnite în arterioscleroza cerebrală. Un al doilea criteriu obişnuit în diagnosticul arteriosclerozei cerebrale, este prezenţa simptomelor de focar neurologic. Dar KUGLER şi colab. (1969) au demonstrat posibilitatea apariţiei unor psihoze vasculare cerebrale şi în lipsa acestora.

Majoritatea autorilor descriu în mod clasic evoluţia , sub aspect psihopatologic, a bolilor vasculare cerebrale; astfel, în ateroscleroză cerebrală se consideră cvasiobligatorie prezenţa fenomenelor pseudonevrotice cu triada Windscheid, apoi eventuala apariţie a sindroamelor afective etc. Dar în aproximativ 5o% a cazurilor, episodul confuziv este primul semn clinic decelabil al ateriopatiei cerebrale. Tulburările de conştiinţă par a fi mai frecvente la acei pacienţi unde aterosclerozei i se asociază şi boala hipertonică, provocînd accidente paroxistice cu stări delirant-onirice, respectiv aspecte crepusculare.

Unul din autorii acestei lucrări (Gh.Grecu), pe baza unor observaţii clinico-statistice efectuate asupra unui număr de 5o7 bolnavi internaţi în clinica psihiatrică Tîrgu-Mureş, găseşte prezenţa sindroamelor confuzive la 11,44% din cazuri.

Cercetările noastre s-au rezumat la un lot de 3o de bolnavi, exclusiv bărbaţi,

internaţi pentru variate tulburări de conştienţă, pe un fond aterosclerotic. Diagnosticul s-a pus pe baza examinărilor clinice, psihice şi de laborator, în special fund de ochi, colesterolemie, fosfolipidemie, lipidemie, EKG, EEG, PEG, etc. Repartizarea lor pe decade de vîrstă ne dă proporţia cea mai ridicată, de 3o%, între 51-6o ani, apoi în ordine descrescîndă de 43,33% între 61-7o ani şi 26,67% peste 71 ani. In stabilirea diagnosticului ne-am ghidat în primul rînd după aspectul psihopatologic, respectiv după evoluţia bolii, întrucît probele de laborator (colesterolemie şi lipidele totale)la peste 4o% din bolnavi s-au situat între valori normale. Hipertensiunea arterială a fost prezentă la aproximativ 5o% din bolnavi , neatingînd în nici-un caz valori peste 25o mm Hg.

Lotul nostru fiind selecţionat doar pe criteriul prezenţei tulburărilor de conştienţă, în continuare nu va constitui subiectul unor analize statistice. Noi, de altfel, ne-am propus doar studiul diferitelor aspecte ale tulburărilor conştienţei întîlnite la aceşti bolnavi. Marea majoritate (66,66%) a bolnavilor au fost internaţi de urgenţă tocmai pentru tulburări de conştienţă, de regulă vesperale. Aceste confuzii mintale au fost de obicei tranzitorii, durînd aproximativ 8-1o ore, cu o evoluţie ondulatorie, iar sub aspect psihopatologic au îmbrăcat de regulă aspectul delirului oniric. Apropo de această constatare e bine să se precizeze că tulburările de tip confuziv arareori se prezintă sub forma unor sindroame pure net delimitate sub aspect simptomatic. Astfel, în practică, noi nu prea întîlnim sindroame onirice, delirante sau crepusculare pure. Bunăoară, tulburările conştienţei elementare observate de noi au fost preponderent delirante, avînd frecvent şi caracterul unui delir profesional, totuşi cu note evident onirice, bolnavul trăind mai mult un vis într-o realitate ce nu mai exista. Aceste trăiri, adesea sînt total incoerente, de obicei fugace şi terifiante, avînd caractere de coşmar. Dar în peste 5o% din cazuri, acestor aspecte li s-au asociat şi unele automatisme comportamentale motorii sub forma unor fugi, vagabondaj sau fenomene ce aminteau somnambulismul. Aspectele din urmă sînt caracteristice sindromului crepuscular. Deci , tulburările conştienţei au îmbrăcat aspectul unei mixturi psihopatologice, fiind în totdeauna prezent delirul cu note evident onirice, dar frecvent intricat cu simptomele unui sindrom crepuscular. Ca o explicaţie plauzabilă a prezenţei acestora din urmă, putem invoca consumul regulat de alcool prezent în peste 75% din cazuri. Nu putem omite nici faptul că 3 dintre bolnavii noştri prezentau şi manifestări comiţiale de tipul crizelor procursive, respectiv crize de tip "grand mal" (epilepsie tardivă). Rămînînd

la complicaţiile de ordin neurologic, acestea au fost variate şi prezente în peste 9o% din cazuri. Cel mai frecvent am întîlnit prezenţa pseudoparkinsonismului arteriosclerotic, a reflexelor de deliberare frontală. La peste o treime din pacienţi au figurat în anamneză accidente cerebrale tranzitorii, în urma cărora au rămas simptome neurologice de focar (pareze de nervi craniani, hemipareză, etc). La cei 9 bolnavi (3o%) cu demenţă arteriopatică am constatat şi simptomele unui sindrom pseudobulbar. In cazul demenţilor am putea afirma că au existat atît tulburări de conştienţă (elementară), cît şi cele de conştiinţă. In demenţă, după PREDESCU şi colab., sînt avariate etajele superioare ale conştiinţei (nivelul operaţional logic, cel axiologic etc). Dar şi la aceşti bolnavi am întîlnit în plus accese vesperale de agitaţie cu accentuarea dezorientării sub forma unui delir profesional sau sindrom crepuscular (tulburări de conştiinţă elementară). Toate aceste sindroame confuzive au fost urmate de amnezie completă sau parţială. Ni se pare demn de menţionat faptul că majoritatea bolnavilor noştri (71,33%) în ultimii 5 ani înaintea apariţiei manifestărilor psihotice au fost trataţi la servicii de interne, respectiv neurologice. La peste 4o% din cazuri au figurat în antecedente acuze cardiace sub forma crizelor de angină pectorală sau chiar infarct miocardic.

Se poate afirma deci că bolile cerebro-vasculare au o anumită stadialitate: încep cu o fază cardiacă, după care în 2-3 ani de zile urmează faza neurologică, iar în decurs de 5-6 ani de la debut ne putem aştepta la apariţia fazei psihiatrice. In cadrul acestui ultim stadiu, prezenţa tulburărilor de conştiinţă are o valoare prognostică. Pare-se că acestea cu cît sînt mai frecvente, cu atît prognosticul devine mai rezervat. De altfel, aceste tulburări sînt expresia unei circulaţii cerebrale evident afectate şi duc de regulă mai tîrziu la obliterări complete ("completed stroke") ale vaselor mari cerebrale, cu infarcte consecutive. De aceea, ar fi de dorit ca tuturor bolnavilor vasculari internaţi la serviciile psihiatrice să li se facă o explorare angiologică completă, cu ascultarea carotidelor , efectuarea angiografiei sau măcar a unor investigaţii care vizează explorarea circulaţiei cerebrale colaterale. In acest sens, în cazurile de epilepsie tardivă se recomandă efectuarea EEG-ului în timpul presiunii uneia dintre carotide.

Privind atitudinea terapeutică în cazul apariţiei unui sindrom psihoorganic acut la un bolnav vascular, trebuie să precizăm că cel mai important lucru ni se pare evitarea sedării drastice a pacientului. Pentru diminuarea agitaţiei psihomotorii şi a tulburărilor de percepţie am folosit doze medii de haloperidol (15-3o mg) administrat intravenos

în asociere cu diazepam intramuscular (3o mg). Ca hipnotic am preferat cloralhidratul şi hipnogalul, evitînd barbituricele sau clorpromazina. Intrucît la aceşti bolnavi, chiar şi în lipsa unor semne de decompensare cardiacă, debitul sanguin cerebral este diminuat, am administrat zilnic cardiotonice de tipul digoxinului, parenteral în perfuzii. Intrucît din cauza agitaţiei, uneori şi a negatisismului alimentar, mai în totdeauna există la aceşti pacienţi tulburări hidroelectrolitice, am administrat zilnic fiecăruia minimum 25o ml Ringer, de regulă împreună cu papaverină, aproximativ 2oo mg/zi, în perfuzie. Papaverina rămîne şi astăzi un redresor sigur al debitului sanguin, care acţionează prin diminuarea rezistenţei vasculare, fiind lipsită de acţiune inhibitorie centrală adreno şi simpaticolitică. Cu această schemă de tratament , întregită de la caz la caz şi cu alte medicamente , am obţinut rezultate mai mult ca promiţătoare. Simptomele sindromului psiho-organic acut s-au amendat în 48-72 de ore, conştiinţa s-a clarificat, eventual au rămas cîteva idei delirante de prejudiciu, otrăvire sau de persecuţie post-onirice. La doi bolnavi am constatat şi simptomatologia unui sindrom Korsakov apărut în urma unui bufeu delirant - oniric.

In concluzie, putem afirma că tulburările conştiinţei sînt manifestări psihopatologice frecvente în bolile cerebro-vasculare şi apar mai mult sub forma unei mixturi simptomatice în care predomină elementul delirant-oniric intricat şi cu aspectele unui sindrom crepuscular. Apariţia mai ales repetată a acestor simptome întunecă prognosticul. In tratamentul acestor stări, noi optăm pentru un tratament cardiotonic în doze moderate, asociat cu administrări parenterale de papaverină şi sol. Ringer, pe lîngă o sedare prudentă a bolnavului.

BIBLIOGRAFIE

1. Campailla, G. Mental disorders as a results of a cerebral vascular ailment in the aged. Exc. Med. Psych. 25, 196, 1972.
2. Grecu Gh., Pascu I. : Unele aspecte ale tulburărilor psihice în ateroscleroză cerebrală. Neurol., psih., neurochir. 1,45, 1978.
3. Kolb, L.C.: Modern Clinical Psychiatry-W.B.Saunders comp. - Philadelphia-London, Toronto, 1973.
4. Popoviciu, L.Gh. Pendefunda, I. Pascu : Bolile vasculare cerebrale din sistemul vertebro-bazilar. Ed. Junimea, Iaşi, 198o.
5. Predescu, V., A. Romilă : Aspecte psihologice şi psihopatologice ale noţiunii de conştiinţă în psihiatrie. Neurol., psih., neurochir. 2, 99, 1981.

6. Predescu V. : Psihiatrie, Ed. Med. Bucureşti, 1976.

7. Tariska P., Eva Siska, Gy. Pollner : Datenanalyse Wegen Gefasskrankheiten des Gehorns auf psychiatrischer Abteilung behandelter Kranken-Ideggyogy. Sz. 12, 559, 1980.

8. Tomonaga M : On the pathological changes in the brain of the demented in old age. Exc. Med. Psych. 36, 321, 1977.

APRECIEREA RETROACTIVA A NIVELULUI DE CONSTIINTA SI A DISCERNAMINTULUI IN EXPERTIZA PSIHIATRICO - LEGALA

Szücs K., Grecu Gh., Florian St., Csiky Cs.

Testamentul potrivit art. 8o2 C.Civ., întregit cu Art. 8oo C.Civ. este un act juridic unilateral, personal şi solemn, esenţialmente revocabil cît timp testatorul este în viaţă, prin care acesta dispune, în tot sau în parte, de avutul său, pentru timpul cît nu va mai fi.

In temeiul acestei definiţii legale, îndeobşte se afirmă că testamentul înfăţişează următoarele caractere juridice:

1.- Testamentul este un act juridic şi în consecinţă, el trebuie să exprime o voinţă neviciată, care să emane de la o persoană capabilă şi să aibă un obiect şi o cauză care să nu fie contrare legii, moralei proletare şi regulilor de convieţuire socialistă.

2.- El nu este act unilateral, căci este rodul unei singure voinţe, aceea a testatorului.

3.- Este un act personal, căci nu poate fi săvîrşit prin reprezentare.

4.- Testamentul este un act juridic solemn, deoarece sub sancţiunea nulităţii, voinţa testatorului, pentru a fi juridic eficace, trebuie îmbrăcată în anume forme statornicite de lege.

5.- Testamentul este - obişnuit - un act de dispoziţie, căci prin acest act, testatorul făcînd legate, dispune în tot sau în parte de avutul ce va lăsa la moartea sa.

6.- Testamentul este un act din cauză de moarte, căci izvorînd din voinţa testatorului de la data cînd acest act este întocmit, va produce efecte numai la moartea celui care a testat.

Legiuitorul permite testatorului să aleagă între trei forme de testament, numite "ordinare":

a) testamentul olograf

b) testamentul mistic sau secret şi

c) testamentul autentic (art. 858 C.Civ).

In afară de aceasta, în împrejurări excepţionale, limitativ enumerate de cod, testatorul poate recurge la unul din acele testamente autentice simplificate ce poartă denumirea de testamente privilegiate (art. 886 C.Civ).

Testamentul olograf (al cărui nume vine din greceşte) este acela care trebuie să fie în întregime scris, datat şi semnat (subscris) de mîna testatorului.

1. - Valoarea practică a acestui testament.

- Testamentul olograf înfăţişează avantaje, dar şi neajunsuri.

Din primul punct de vedere;

a) este testamentul supus formalităţilor celor mai simple şi prin urmare, acela care prilejuieşte cele mai puţine nulităţi de formă;

b) poate fi făcut oricînd, oriunde şi fără ajutorul nimănui;

c) în sfîrşit, permite păstrarea secretului asupra dispoziţiilor de ultimă voinţă;

Dar testamentul olograf înfăţişează şi neajunsuri , prin aceea că:

a) uşurează sugestia şi captaţia, adică folosirea unor manevre frauduloase pentru a determina voinţa liberală a testatorului;

b) înlesneşte falsul tocmai din pricina simplicităţii formelor sale^;

c) dacă a fost întocmit fără sfaturile unui jurist, poate avea o redactare defectuoasă, care să dea loc la nulităţi şi greutăţi de interpretare;

d) poate fi uşor dosit sau distrus;

Testamentul autentic se numeşte acel testament care a fost autentificat, cu formele prevăzute de lege, de un birou de notariat de stat sau de un organ competent al administraţiei de stat (art. 86o C. Civ).

Regulamentul din 2o octombrie 196o prescrie că, testatorul va trebui să îmfăţişeze în persoană înscrisul care cuprinde ultima sa voinţă, căci am văzut că dispoziţia testamentară este un act strict personal, care exclude reprezentarea.

Notarul va putea instrumenta şi în afară de sediul biroului notarial dacă testatorul din pricina vîrstei înaintate, a bolii, sau a altor motive temeinice, este împiedicat de a se înfăţişa la biroul notarial. Notarul însă, nu va putea săvîrşi acte notariale decît în limita competenţei sale teritoriale.

Imposibilitatea prezentării la biroul notarial, în caz de boală, nu trebuie să fie în mod necesar dovedită printr-un certificat medical, ci poate fi constatată şi de către notar, prin propriile sale simţuri.

Testamentul mistic sau secret , este forma testamentară cea mai puţin folosită, căci nu răspunde unei adevărate nevoie Intr-adevăr, în dreptul român, singurul folos pe care el îl înfăţişează este acela de a pune la dispoziţia celui care, neştiind să scrie, nu poate recurge la forma testamentului olograf, dar care ştie să semneze şi să citească o formă testamentară care ocroteşte într-o măsură mai largă decît testamentul autentic,

secretul dispoziţiilor de ultimă voinţă. Testamentul mistic cumulează neajunsurile testamentului autentic, cu cele ale testamentului olograf.

Ca şi testamentul autentic, cel mistic impune testatorului, în principiu, înfăţişarea în faţa unui organ de stat şi săvîrşirea unei anumite formalităţi, ceea ce implică cheltuială şi pierdere de vreme, fără însă de a-l feri de neajunsurile testamentului olograf, cît priveşte valoarea probantă a testamentului şi conservarea lui.

Am introdus această succintă trecere prin problemele judiciare ale devoluţiunii testamentare, pentru că acest teren ne oferă cele mai multe cazuri unde expertiza psihiatrico-legală în mod retroactiv trebuie să aprecieze discernămîntul celui care face testarea. Forma actuală a testamentării în codul civil, dă posibilitatea urmaşilor să atace testamentul, afirmînd că testatorul în timpul formulării testamentului a fost lipsit de discernămînt.

In unele cazuri la care mai apare problema aprecierii retroactive a discernămîntului (tulburări psihice encefalopatice, posttraumatice, postinfecţioase, toxice sau de altă natură) , ne stau la dispoziţie în primul rînd pacientul, date auto- şi hetero anamnestice, eventual chiar date clinice şi datele dosarului juridic. In consecinţă, în aceste cazuri expertiza nu este atît de îngreunată ca în cazurile de devoluţiune testamentară în care testatorul nu mai este în viaţă. In aceste cazuri experţii se pot sprijini numai pe datele testamentului, eventual completate de notariatul de stat şi pe eventuale date existente în legătură cu starea de sănătate psihică şi somatică a testatorului înainte de deces. Dacă comisia de expertiză dispune de date clinice privind starea psihică a testatorului înainte de data testării, aprecierea discernămîntului respectiv nivelului de conştiinţă probabilă este relativ uşoară şi cît se poate de obiectivă.In marea majoritate a cazurilor însă comisia nu dispune de date medicale, pentru că notarul de stat are dreptul dat de codul civil să constate numai prin propriile sale simţuri dacă testatorul suferă sau nu de o boală care i-ar altera discernămîntul. Moştenitorii interesaţi fiind, eventual sprijiniţi şi de un avocat, nu ne vor furniza date care ar uşura aprecierea discernămîntului, mai ales în situaţiile în care testamentul este formulat nefavorabil pentru ei. In acele cazuri în care comisia de expertiză nu dispune de date concludente în privinţa stării psihice a testatorului, nu poate elibera decît o concluzie de expertiză condiţionată cu relativ mică posibilitate de evaluare de către organele solicitante.

Avînd în vedere aceste greutăţi de expertizare sîntem în perfect acord cu cercetătorii Institutului de cercetări juridice al Academiei R.S.R. în sensul că "reglementarea

condiţiilor de formă ale dispoziţiilor de ultimă voinţă, astfel cum o stabileşte codul civil de la 1864 nu poate fi menţinută.

Astfel, în ce priveşte formele testamentare ordinare, testamentul autentic urmează să fie păstrat, cu atît mai mult, cu cît reglementarea sa a fost pe de-a întregul înnoită prin Decretul nr. 387 din 20 octombrie 1960, pentru organizarea şi funcţionarea notariatului de stat şi actele normative însoţitoare, pe de altă parte, dat fiind faptul că forma olografă a testamentului este aceea care, în cea mai mare parte a ţării, este mai des folosită, socotim că şi ea ar urma să fie menţinută.

Testamentul mistic sau secret, nerăspunzînd nici unei nevoi invederate, ar trebui, credem, suprimat. Pentru evitarea situaţiilor neclare privind discernămîntul testatorului, din punct de vedere medical propunem că cel puţin procedura testamentului autentic să fie completată din oficiu de un examen psihiatrico-legal, efectuat de comisia de expertiză chiar în ziua testamentării. In cazul testamentului olograf, testatorul să fie sfătuit să se adreseze acestei comisii de expertiză pentru constatarea stării sale psihice şi ca testamentul său să fie datat cît se poate în aceaşi zi. Credem că această procedură scurtă şi necostisitoare ar scuti mai tîrziu organele judiciare şi pe cei interesaţi prin testament de o lungă şi costisitoare serie de procese şi pierderi de timp, ne mai vorbind despre profanarea actului solemn al testamentării şi dezonorarea memoriei celui care a făcut testamentul.

ATRIBUTE ALE TULBURĂRILOR DE CONSTIINTA SI MODALITATILE LOR DE EXPRESIE IN PRACTICA AMBULATORIE

M. Ardelean, A. Nagy

Abordînd tema patologiei conştiinţei în cadrul consultaţiilor de cabinet, ne-am aflat în faţa unei constatări paradoxale: nu am găsit, poate nu există boli ale conştiinţei, în schimb am realizat că boala constrînge conştiinţa să se modifice. Modificarea însă constituie una din calităţile conştiinţei. Nu numai boala, totul şi orice poate modifica conştiinţa. Să ne gîndim la cea mai simplă posibilitate care este dată de mobilitatea conştiinţei. Unstimul poate îngusta , lărgi sau concentra cîmpul conştiinţei.

Altă posibilitate, visul, care poate reorganiza după o nouă structură, conştiinţa. Deci, nu tot ce modifică conştiinţa este boală.

Totuşi, subiectul preocupărilor noastre rămîne impactul boală-conştiinţă şi tulburările rezultate în urma acestui impact în constiinţa modificată.

Dar în situaţia în care ştim că fiecare pacient prezintă modificări ale conştiinţei, ar însemna ca munca noastră să fie calchierea acestor modificări pe simptome deja cunoscute ale diferitelor tablouri clinice, ca la urmă să conchidem că există modificări patologice ale conştiinţei care, spre deosebire de cele nepatologice ale normalului, se caracterizează printr-o ierarhie a calităţilor şi cantităţilor.

Spre deosebire de alte locuri, în cabinetul de policlinică tablourile clinice se răresc şi nu constituie o metodă utilă de lucru. căutarea acestor tablouri pentru că spaţiul acestui cabinet ar trebui să aibă atunci dimensiuni din ce 0în ce mai procustiene.

Atitudinea în care ne-am situat de a nu descrie tablouri clinice, ne-a păstrat mai intactă deschiderea conştiinţei noastre către problematica unitară a conştiinţei pacienţilor noştri.

Am formulat aceasta astfel: a avea conştiinţa conştiinţei altora.

Am observat că întîlnirea docimologică de examinare duce la efortul oglindirii celor două conştiinţe, a psihiatrului şi a pacientului una într-alta. Ea are loc iniţial la nivelul elementar al senzaţiilor şi percepţiilor. Ne cunoaştem prin simţuri. Acest limbaj al simţurilor îl transpunem în limbajul convenţional verbal.

In cursul observaţiilor noastre am stabilit că în momentul în care conştiinţa este evaluată, aceasta funcţionează după proprietatea unui sistem de a-şi menţine constante mărimile, proprietate denumită prin extrapolare din fiziologie, homeostazie. In vir-

tutea acestei proprietăţi, homeostazia, conştiinţa evaluată, pentru a rămîne integră îşi autoevaluează, îşi autodetermină limitele, îşi construieşte faţadele care uneori sînt doar aparente.

Criteriile de organizare ale limitelor, faţadelor, aparenţelor sînt cele ale normalului ideal şi ale selfului propriu, după adagiul bine cunoscut "fii tu însuţi", deci cît mai autentic.

Intr-o reluare mai succintă a celor relatate, am putea spune: conştiinţa are oroare de incompletitudine, de vacuum, de disconştiinţă.

In acest sens, pacientul nu-şi declară tulburările de conştiinţă ci le ascunde.

In momentul actului medical, care este o luare de conştiinţă între participanţi, în dorinţa de completitudine, de întregire a ceea ce este incomplet, pacientul îşi camuflează tulburările, disoluţiile conştiinţei. Am atribuit explicaţia celor observate conştiinţei de sine, care în respectul faţă de un sine ideal îşi alcătuieşte o imagine corespondentă.

O altă particularitate a tulburărilor de conştiinţă trăite este că pacientul, chiar în situaţia în care ar fi de acord să le definească cu fidelitate şi nu să le mascheze, nu ar putea exprima ceea ce simte. Aceasta deoarece conştiinţa se poate mai uşor simţi decît autocaracteriza...

Si totuşi, pacientul vine sau este adus ca să reverse din prea plinul tulburărilor sale mintale, pe care nu le mai poate suporta sau care-l fac de nesuportat. Le revarsă la întîmplare, fără alegere pentru interlocutor, dar după principiul amintit al reconstrucţiei unei faţade. Tulburările observate nu îşi găsesc analogia în experienţa trăită a celor din jur, dîndu-le acestora impresia de confuz.

Psihiatrul receptează aparenţa confuziei şi intelectualizează datele simţurilor sale referitoare la pacient. Instrumentele psihiatrului în această etapă sînt metaforele. Cel mai frecvent ele sînt alese din seria de cuvinte a celui mai intelectual dintre simţuri-văzul, în succesiunea sa temporală veghe-somn şi subsecvent văzului din grupul de cuvinte analoge spaţiului.

O parte din etichetele general valabile în acest domeniu sînt: starea de conştiinţă crepusculară, scotomizarea conştiinţei, voalare, înceţoşare, lipsă de luciditate - din latinescul lucidus - (transparent), obnubilare (tradus prin a acoperi cu un nor), stupor, (căruia i-am găsit corespondentul din latină în perifraza-mirare, uimire încremenită, la o calitate vizuală), torpoare (de la torpeo în accepţia torpeo acies luminim (mi se întunecă vederea).

Expresiile metaforice în care văzul este deplasat de la contrastul lumină-întuneric la succesiunea veghe-somn, sînt vigilitatea conştiinţei (de la vigilie-treaz), sopor (în latină somn), iar termenul de îmbinare a somnului cu veghea îl exemplificăm prin oneroidism (din grecescul oneiros-vis).

Metaforele derivate din atributele spaţiului sînt: îngustare, lărgire, cîmp al conştiinţei,conştiinţă în tunel, conştiinţă punctiformă.

Dincolo de etapa formulării şi etichetării tulburărilor de conştiinţă şi a aparenţelor acestora, începe căutarea punctului de pornire a ideii de cauză.

Pornind de la superficial la profund, recunoaştem în cadrul tulburărilor amintite începutul însingurării , al deteriorării timpului, a căutării locului, a pierderii libertăţii, a dispariţiei conştiinţei de sine, moment în care bolnavul nu mai constituie subiect al propriei conştiinţe, în care Eul neprivit de sine devine El-fantasma din sarabanda delirant onirică.

In concluzie, bolnavii cu tulburări de conştiinţă, într-o primă postură le neagă în lupta pentru normalitate. Felul în care îşi neagă dezorganizarea este de invocare a asistenţei, de chemare a participării celorlalţi la efortul lor de recîştigare a integrităţii conştiinţei. Modul în care medicul înţelege tulburările de conştiinţă se apropie de o experienţă estetică creatoare. Dacă vorbim despre ea, utilizăm convenţiile metaforei. In cadrul acestei experienţe asociem fragmente de amintiri, elemente de cunoştinţe ştiinţifice, informaţii, procedee ale imaginarului. Imperativul iniţiativelor noastre rămîne în continuare căutarea momentului iniţial al tulburărilor conştiinţei şi sensul acestora.

DESPRE CONSTIINTA SI UNELE TULBURARI ALE EI IN SCHIZOFRENIE

Voichiţa Asgian, Grecu Gheorghe

Una dintre funcţiile de sinteză ale psihicului uman este conştiinţa. Aceasta, împreună cu celelalte funcţii psihice, acţionînd în interdependenţă dinamică şi unitară, formează un contex complex care este psihicul uman.

Fiind produsul materiei superior organizate, conştiinţa reprezintă cea mai înaltă formă de reflectare a realităţii.

Referindu-ne la conştiinţă, din punct de vedere fiziologic şi psihologic ea reprezintă o funcţionalitate optimală a unor structuri corticale şi respectiv reflectarea propriului eu şi a lumii înconjurătoare.

Conceptele psihologice sau psihopatologice referitoare la conştiinţă, au primit în funcţie de diferiţi autori accepţiuni diverse, de la aceea de a fi considerată ca o pură funcţie de vigilitate, pînă la considerentul pur subiectiv, abstract sau chiar ca pe un epifenomen.

In unele dintre aceste opinii se afirmă supoziţia că conştiinţa ar fi un dat insesizabil sau incognoscibil şi că doar unele elemente particulare ale acestei funcţii ar putea fi apreciate sau cunoscute.

Conştiinţa ar fi o sinteză realizată la un moment dat a vieţii psihice, ea integrîndu-se într-un anumit comportament (SUTTER şi PELISSIER). Conştiinţa ar fi o activitate constatantă cu o extensie legată de posibilităţile de cunoaştere şi cu o profunzime legată de factori afectivi, afirmă GUIRAUD. Fiecărei personalităţi psihice îi corespunde o anume experienţă trăită, funcţia conştiinţei reprezentînd "viaţa psihică la un moment dat" (JASPERS).

Henri Ey consideră că "a fi conştient înseamnă a trăi particularitatea propriei experienţe, transpunînd-o în universalitatea conştiinţei sale". Astfel spus, conştiinţa ar fi capacitatea de a te defini pe tine însuşi pentru sine şi pentru altul şi organizarea relaţiei dintre tine şi ambianţă ca obiect şi ca subiect. Conştiinţa permite integrarea în lumea reală după propriile sale experienţe, adaptarea la lumea reală în funcţie de personalitatea fiecăruia.

FREUD distinge în sfera psihicului două sisteme ierarhizate: inconştientul şi conştiinţa, acest din urmă sistem fiind suplimentat de un preconştient. Inconştientul este considerat realitatea esenţială a psihicului, chiar psihicul însuşi. "Inconştientul este

asemănător cu un cerc mare care ar include conştiinţa ca pe un cerc mai mic. Nu poate exista fapt de conştiinţă fără o preparaţie inconştientă, în timp ce inconştientul se poate lipsi de stadiul conştient. Inconştientul este psihicull însuşi în realitatea sa esenţială. Natura sa intimă este la fel de necunoscută ca şi aceea a realităţii exterioare, iar conştiinţa se informează despre el, într-un fel tot atît de incomplet ca şi organele noastre de simţ despre lumea exterioară".

Din punct de vedere al materialismului dialectic, inconştientul cuprinde ,aspecte ale vieţii psihice care nu se conştientizează ca o serie de automatisme, stimulări subperceptuale, diferite pulsiuni, reprezentări ale stărilor de vis sau trăiri din timpul tulburărilor de conştiinţă.

După RUBINSTEIN, aceste fenomene nu sînt total incognoscibile, ci în funcţie de orientarea activităţii psihice pot apărea în cîmpul conştiinţei. In funcţie de dominanta unor preocupări sau cunoştinţe, există posibilitatea de a deplasa atenţia asupra unor fenomene sau reprezentări care apar involuntar sau voluntar sub influenţa unor factori interni sau externi, realizînd fiecăruia conştiinţa propriei persoane, a legăturii cu ceilalţi. După cum spune GHILIAROVSKI, fiecare posedă aspecte din conştiinţa activităţii şi continuităţii datorită cărora trecutul şi prezentul reflectat şi sintetizat în conştiinţă constituie un lanţ neîntrerupt a cărui ultimă verigă este sentimentul trăit în momentul respectiv.

Din punct de vedere psihopatologic se impune delimitarea între noţiunea de conştiinţă ca noţiune filozofică şi starea de luciditate "conştienţa", care se referă la capacitatea şi claritatea reflectării şi înţelegerii realităţii obiective în momentul respectiv. Cele două aspecte ale conştiinţei filozofică şi fiziologic psihologică se află în strînsă dependenţă; numai în condiţiile unei lucidităţi perfecte a conştiinţei subiectul este capabil să-şi ateste concepţiile şi să reacţioneze conform cu ele. O tulburare a stării de conştiinţă fiziologică întrerupe şi activitatea conştiinţei filozofice; revenirea la normal a stării de conştiinţă readuce pe tapet aceiaşi conştiinţă filozofică despre lume şi viaţă.

Din punct de vedere psihopatologic, tulburările conştiinţei îmbracă o serie de modalităţi, reprezentînd tulburări ale conştiinţei de aspect calitativ, cantitativ sau aspecte intricate cantitativ-calitative.

Vom avea în vedere mai jos în special tulburările conştiinţei din cadrul schizofreniei , care în general au o dominantă calitativă în tulburarea stării de conştiinţă, realizînd nu numai defectul contactului cu realitatea ci şi o structură particulară a stării

de conştiinţă.

In schizofrenie, în general, este conservată claritatea conştiinţei, manifestările psihopatologice tipice prezentîndu-se pe un fond de claritate a stării de conştiinţă. In unele forme clinice însă, starea de conştiinţă, respectiv claritatea ei, se prezintă cu o structură particulară. Astfel, în unele stupori catatonice, în faza de debut a hebefreniei, delirul acut etc., se poate realiza o stare oneroidă. In aceste stări bolnavii sînt dezorientaţi, inaccesibili, dar cu o participare afectivă intensă (euforică sau depresivă), însă fără o manifestare comportamentală adecvată. Memoria asupra episodului este destul de bună şi bolnavii o descriu asemuind-o cu un somn cu ochii deschişi sau cu visul. In aceste stări, pe lîngă tulburarea stării de conştiinţă, bolnavii mai prezintă tulburări de percepţie, iluzii şi halucinaţii, idei delirante, uneori cu caracter fantastic, dezorientare cu desprindere puternică de realitate. Comportamentul este cel mai adesea stuporos dar pot fi întîlnite şi stări de nelinişte psihomotorie sau agitaţie catatonică.

Depersonalizarea sau tulburarea conştiinţei personalităţii, apare ca o trăire în care bolnavul pierde apartenenţa la Eul propriu. Elementul esenţial al depersonalizării este impresia de schimbare care se referă fie la schimbare psihică sau schimbare somatică (desomatizare).

In general, depersonalizarea este însoţită de o stare de anxietate dată de modificarea propriului Eu, bolnavul nemai fiind sigur de propria sa identitate sau ca şi cum nu s-ar mai recunoaşte . Aceşti bolnavi au impresia că nu mai sînt ei, caută să se regăsească pe ei înşuşi, par a fi pierdut simţul unităţii persoanei lor, simţul propriei existenţe. CONSTANTA PARHON STEFANESCU.

Această impresie de schimbare se referă în descrierile bolnavilor la toate funcţiile psihice, sau uneori toate acestea sînt privite ca pe dinafară, bolnavul asistînd la desfăşurarea propriei sale vieţi psihice, uneori tulburarea mergînd pînă la impresia că el nu mai există, fiind în acelaşi timp şi viu şi mort. Devitalizarea propriului corp, iminenţa trecerii în nefiinţă, duc la pierderea unităţii propriei persoane. Uneori se realizează ştergerea graniţelor trăite între Eu şi non Eu, bolnavii identificîndu-se cu obiecte exterioare sau transpunînd asupra lor trăirile lor.

Toate trăirile acestea se manifestă în subiectivitatea cea mai profundă, realizînd inautenticitatea trăirii mai ales atunci cînd această subiectivitate este percepută în obiectivitatea corporală, bolnavul simţindu-şi modificate segmente de membre, capul

sau chiar schema corporală în ansamblu.

Derealizarea apare adesea în compania depersonalizării, realizînd sentimentul de schimbare a realității, îndepărtarea și înstrăinarea ei. Bolnavul pierde autenticitatea receptivității senzoriale a realității, prezentînd un sentiment de straniu, de ireal, necunoscut, schimbat, modificînd intens, alături de depersonalizare, conștiința personalității.

Toate aceste manifestări, dublate de o intensă anxietate, antrenează bolnavul într-o serie de întrebări, nedumeriri, controale, analize, care încearcă fără succes explicarea acestor trăiri și care duc în final la o îndepărtare și mai puternică de realitate, determinînd pierderea trăirii identității și continuității propriei persoane, exprimînd resimțirea transformării personalității prin procesul schizofren.

ASPECTE ALE TULBURARILOR DE CONSTIINTA LA BOLNAVII CU ARTERIOSCLEROZA CEREBRALA

Aurelia Sîrbu, Olga Moldovan, Marta Eisikovits (Clinica psihiatrică Cluj - Napoca)

Problematica ridicată de patologia senescenţei rămîne printre cele mai importante la ora actuală, datorită multiplelor implicaţii de ordin medical şi social. Bolnavii cu arterioscleroză cerebrală - proces patologic ireversibil - mai ales după ce au ajuns sau au depăşit faza de stare, constituie o categorie aparte datorită modificării rolului şi statutului social, dar în acelaşi timp şi a rolului şi statutului lor familial. Patologia senescenţei cuprinde modificări progresive ale funcţiilor şi proceselor psihice, ducînd la o regresie atît intelectuală cît şi a personalităţii bolnavului. Printre acestea, tulburările de conştiinţă au o frecvenţă relativ mare, dînd o coloratură aparte tabloului psihopatologic existen t. O cercetare amănunţită care să cuprindă toate tulburările de conştiinţă ar necesita un volum foarte mare de muncă şi un timp îndelungat. De aceea din variatele forme ale tulburărilor de conştiinţă care apar pe fondul arteriosclerozei cerebrale, ne-am oprit numai la cele legate de orientarea în timp şi spaţiu şi de perceperea timpului şi spaţiului.

Timpul face parte integrantă din ecuaţia personală, îmbrăcînd variatele aspecte ale ritmurilor biologice. In general, relaţia dintre factorul timp şi ecuaţia personală poate fi surprinsă, printre altele, în situaţiile stresante.

Sistemele de coordonare temporală apar ca factori adaptativi absolut necesari la toate nivelele vieţii organice, experienţa temporală umană fiind deosebit de avansată şi diferenţiată. A. E. Wessman spune că: "Experienţa subiectivă a timpului pentru fiecare indivic [illegible]luenţează conştiinţa acestuia privind timpul propriu. Această conştiinţă a timpului este foarte strîns legată de dezvoltarea şi organizarea funcţiilor cognitive superioare, de simbolizare şi de planificare".

MATERIAL SI METODA

Am ales pentru studiu un lot de 25 de bolnavi internaţi în Clinica psihiatrică Cluj-Napoca cu diagnosticul de: "Arterioscleroză cerebrală". Pentru evidenţierea aspectelor care ne interesau pe noi, şi anume: perceperea eronată a timpului şi spaţiului şi orientarea greşită, am ales două probe psihologice pe care le-am considerat ca fiind cele mai relevante pentru problematica urmărită.

Este vorba de chestionarul "T. E. Q" (Ricks-Epley-Wessman Temporal Experience

Questionnaire) format din 8o de enunţuri referitoare la un număr de factori bipolari ce au directă legătură cu experienţa subiectivă a timpului.

Proba Bender-Gestalt (ce constă din copierea unui număr de cinci desene) se referă direct la organizarea perceptiv-motrică a spaţiului. Această funcţie esenţială reprezintă aptitudinea de a percepe cu exactitate şi de a compara între ele configuraţii spaţiale şi se realizează prin intermediul acţiunii obiectuale ce reflectă motricitatea ca pe o componentă a cunoaşterii.

REZULTATE SI DISCUTII

Ritmurile interne şi experienţa personală îşi pun amprenta asupra perceperii şi aprecierii timpului de către om. Mediul socio-cultural al persoanei joacă şi el un rol deosebit de important în condiţionarea reacţiilor individului faţă de timp.

Chestionarul de experienţă subiectivă a timpului, investigînd conştiinţa şi strategia temporală a individului, reliefează unele trăsături de personalitate şi unele aspecte ale bolii psihice actuale, care rezultă din dimensiunile următorilor patru factori:

1. Trăirea "presiunii timpului prezent;
2. Orientarea personală de lungă durată;
3. Capacitatea de organizare şi utilizare a timpului;
4. Gradul de constanţă în atitudini şi activitate;

In cazul lotului studiat de noi, toţi cei patru factori apar modificaţi în mod semnificativ faţă de normal. Cotele scăzute la primul factor (trăirea "presiunii timpului" prezent) - obţinute de 93% din subiecţi - denotă o realitate a tabloului clinic al arteriosclerozei cerebrale şi anume: slaba ancorare în realitate a acestor bolnavi, detaşarea de timpul prezent şi trăirea într-un timp propriu, fără coordonate şi repere precise.

Orientarea personală de lungă durată este aproape inexistentă pentru toţi subiecţii lotului (98,3%). Pentru ei şi pentru timpul lor nu există nici trecut, datorită puternicelor dismnezii şi nici viitor, datorită pierderii capacităţii de prospectare. Aceşti bolnavi rămîn astfel desprinşi de timp, de ceea ce a fost şi ceea ce va fi şi se raportează la coordonatele stranii şi nu de puţine ori aberante ale delirului ce însoţeşte uneori simptomatologia.

Capacitatea de organizare şi utilizare a timpului s-a pierdut în mare măsură la aceşti bolnavi (88%) datorită în primul rînd regresiei intelectuale ce duce în mod obligatoriu la "ratarea" strategiei temporale".

In fine, ultimul factor al chestionarului , gradul de constanţă în atitudini şi activităţi, obţine, de asemenea, cote foarte scăzute (la 78,9% din bolnavi). Acestea nu fac altfel decît să confirme unele aspecte ale simptomatologiei arteriosclerozei cerebrale şi anume instabilitatea marcată a acestor bolnavi, labilitatea emoţională, diminuarea motivaţiei, slăbirea capacităţii de concentrare a atenţiei şi incapacitatea de a se implica atitudinal, motivaţional sau practic în viaţa de toate zilele.

Testul Bender-Gestalt evidenţiază modificări ale organizării perceptiv-motrice a spaţiului în sensul unei destructurări a acestuia. Deficientele se manifestă atît la nivelul verigii aferente, perceptive, cît şi la nivelul verigii aferente, motrice. Analiza şi sinteza sînt insuficiente, neputîndu-se extrage elementele esenţiale ale întregului, lipsa reprezentărilor spaţiale clare şi adecvate modelului, activismul redus, lipsa reglărilor interne, ceea ce conduce la o activitate stereotipă, fără vehicularea efectivă a conţinutului şi sensului probei.

Privită în sensul unei probe proiective de personalitate, proba Bender-Gestalt evidenţiază de asemenea deformări ale gestaltului şi modificări ale factorilor de mişcare, Astfel, retrogresii, simplificări sau fragmentări ale desenelor apar în 71% din cazuri, iar perseverări, direcţii de mişcare haotice , dezordonate, trasaje imprecise şi mult îngroşate apar în 65% din cazuri. Tabloul tulburărilor de personalitate corespunzător este următorul: pierderea eficienţei funcţionale a Eului cu scăderea capacităţii de generalizare şi abstractizare şi incapacitatea menţinerii unor relaţii constante cu obiectele adecvate din mediu, autocontrol scăzut al propriilor acţiuni, cu impulsivitate şi o marcată labilitate emoţională, anxietate manifestă şi tensiune interioară, rigiditate cu incapacitatea adaptării eficiente la nou.

Probele psihologice astfel utilizate şi corelate au permis nu numai obţinerea unor informaţii caracteristice personalităţii actuale a bolnavilor cu arterioscleroză cerebrală, ci şi date de o deosebită importanţă despre tulburările de conştiinţă şi în special despre cele legate de perceperea şi aprecierea timpului şi spaţiului.

Din analiza şi interpretarea datelor obţinute cu ajutorul probelor şi din corelarea acestora cu tabloul clinic a reieşit posibilitatea utilizării cu succes în special a chestionarului de experienţă subiectivă a timpului (T.E.Q) în depistarea precoce a tulburărilor de conştiinţă.

ASPECTE GENERALE SI PSIHOPATOLOGICE ALE ATERIOSCLEROZEI CEREBRALE

Gh. Grecu, I. Pascu, Marieta Grecu-Căreian, A. Nireşteanu

Datorită incidenţei ridicate şi a gravelor sale complicaţii, ateroscleroza este o vasculopatie căreia i se acordă o atenţie deosebită şi este multidisciplinară. In ţările cu o înaltă dezvoltare industrială, fiind implicată direct sau indirect în 35-4o% din cazurile de deces, ea reprezintă una din principalele cauze ale mortalităţii.

Termenul de ateroscleroză a fost introdus în limbajul şi practica medicală de I.S. LOBSTEIN (1833) şi semnifica durificarea arterelor. Recent, utilizarea termenului de ateroscleroză se face de unii autori nu numai în sensul indicării unui anumit tip de leziuni anatomo-patologice ci şi în sens nozografic în vederea delimitării a două forme arteriopatice şi anume: arterioscleroza (înţeleasă ca o formă arteriopatică involutiv-senilă şi cu o evoluţie lent progresivă, în care domină leziunile degenerative şi sclerotice ale tunicii medii) şi ateroscleroza (care ar atinge indivizi mai tineri, cu toate că în unele cazuri se pot întîlni combinaţii ale ambelor forme). In acelaţi timp , o serie de alţi autori şi tot în accepţiunea nesocrafică folosesc termenul de ateroscleroză în sens extensiv ca un sindrom generic al unei singure maladii, în care procesele ateromotoare şi cele sclerotice se combină în mod diferit de la un caz la altul.

In lucrarea de faţă vom folosi termenul generic de ateroscleroză în care includem atît modificările ateromotoare ale marilor artere, cît şi cele arterioscleroase ale micilor artere cerebrale. In plus, se vor aminti şi unele modificări mai particulare ale arterelor cerebrale sau ale celor cu destinaţie cerebrală (extracerebrale).

Actualmente, alături de pierderea elasticităţii, îngroşarea pereţilor prin depozitarea de ateroame şi îngustarea treptată a lumenului vaselor, s-au adunat nenumărate date care au dat termenului de ateroscleroză noi dimensiuni etiologice, metabolice, anatomopatologice, psihopatologice, diagnostice, evolutive, profilactice, terapeutice şi sociale.

Pornind de la etiologia plurifactorială şi de la diferitele mecanisme patogenice existente, trebuie să evidenţiem şi faptul că modificările aterosclerotice au o extindere neuniformă asupra întregului arbore arterial (putînd predomina în aortă, arterele, coronare, cerebrale, mezenterice, renale sau în arterele micii circulaţii) şi că în funcţie de aceste modificări şi extinderi diferite, se descriu azi următoarele patru tipuri anatomopatologice: ateroscleroza, arterioscleroza, calcifierea tunicii medii şi arterioscleroza senilă.

Prevalent, prin acumularea de lipide (ateromie sau plăci ateromatoase), în pereţii arteriali şi de scleroze a tunicii interne, ateroscleroza afectează lumenul şi structura elastică a arterelor mari şi mijlocii.

Examinările de laborator evidenţiază în sîngele aterioscleroticilor o colesterolemie totală de peste 26o mg/1oo ml, o creştere a B-lipoproteinelor, de obicei a celora cu densitate scăzută, cu un cadru lipoproteic caracterizat de creşterea raportului beta-lipoproteine/ alfa-lipoproteine; creşterea raportului colesterol/fosfolipide şi creşterea trigliceridelor.

In ateroscleroză, creşterea trigliceridelor plasmatice la peste 18o mg/1oo ml întîlnită la 22% din bolnavi şi a colesterolului la peste 3oo mg, întîlnit numai la 7% din cazuri evidenţiază ideea existenţei unui raport mult mai strîns între trigliceride şi ateroscleroză decît ar exista între colesterolul crescut şi boala de care ne ocupăm.

Totodată, aterosleroticilor le este caracteristică şi o activitate fibrinolitică diminuată şi un deficit enzimatic ("clearing factor"), de asemenea şi a lipazei lipoproteice.

Odată cu abordarea unor aspecte de etiologie şi patogenie, domeniu în care sînt prezente diferite ipoteze şi teorii, considerăm că în afara datelor hematice de laborator şi a celor anatomo-patologice, trebuie abordate şi altele, dintre care amintim: predispoziţia, vîrsta, sexul, abuzul de toxice, supraalimentaţie, sedentarismul, stresul, hipertensiunea arterială, traumele psihice etc.

Incidenţa aterosclerozei este mai ridicată la bărbaţi decît la femei. Se presupune că hormonii extrogeni ar proteja femeile (pînă la manopauză) mai mult de ateroscleroza coronariană decît de localizarea ei cerebrală, în care diferenţa dintre sexe este neînsemnată.

Intrucît leziuni aterosclerotice se pot întîlni şi la tineri, trebuie să evidenţiem faptul că, alături de factorii de uzură şi distrofie legaţi de vîrstă, în determinismul maladiei intervin şi alţi factori. Astfel, pornind de la observaţiile că în unele familii accidentale vascular-cerebrale sau infarctele miocardice sînt frecvente, s-a vorbit şi se vorbeşte de o predispoziţie ereditară spre ateroscleroză, ba mai mult, chiar şi în determinarea localizării ei prevalente. Această predispoziţie, prin facilitarea hipertensiunii arteriale (esenţiale) ar putea interveni indirect, favorizînd astfel instalarea leziunilor ateromatoase. Dar nu trebuie uitat nici faptul că există ateroscleroză şi fără hipertensiune arterială.

In multe cazuri, abuzul sau consumul cronic de toxice (nicotină şi alcool), inflamaţiile cronice, dieta alimentară dezechilibrată, excesul de zahăr, supraalimentaţia bogată în grăsimi nesaturate, de obicei de origine animală, constituie factori etiologici cauzali, mai cu seamă atunci cînd se interferează cu un viciu (enzimatic) metabolic eredo-constituţional.

Sedentarismul - realizat prin reducerea activităţii fizice şi în s cial a efortului muscular, dublat de o supraalimentare hipercalorică (lipidică) şi glucidică etc), precum şi stresurile emotive (traume şi tensiuni psihice), odată cu diferitele tulburări neurovegetative produc o alterare a homeostaziei umorale şi o creştere a colesterolemiei şi trigliceridelor plasmatice , favorizînd astfel instalarea aterosclerozei cu determinism mixt organic şi psihosomatic.

In privinţa patogeniei, actualmente se impun două teorii şi anume: teoria parietală şi teoria umoral-biochimică.

In cadrul primei teorii se acordă importanţă deosebită uzurii şi distrofiei pereţilor vasculari, tulburărilor nutritive "vasa vasorum" şi acţiunii mecanice a hipertensiunii sau a altor cauze ce ar acţiona asupra pereţilor, în timp ce în a doua teorie - umoral biochimică (azi cea mai acreditată) - se pune accentul pe discrazia hematică şi pe alterarea schimburilor ce au loc între suprafaţa internă a vasului şi sîngele circulant. Se presupune că predominarea beta-lipoproteinelor cu o densitate scăzută şi o viteză mare de flotare, acompaniată sau neacompaniată de hipercolesterolemie, ar interveni în patogeneza procesului aterosclerotic, iar factorul predispozant, adică labilitatea pereţilor vasculari, uşurează şi grăbesc acest proces.

Lipidele sînt constituite din colesterol liber şi esterificat, din trigliceride şi fosfolipide, care în parte se depozitează intracelular (în celulele lipofage) şi în parte extracelular, printre fibrele elastice şi colagene ale tunicii interne, adică în substanţa fundamentală.

Ateroamele sau plăcile ateromatoase, cu trecerea anilor merg spre necroză şi ulceraţii, situaţii în care substanţa ateromatoasă se poate goli parţial în lumenul arterei, în timp ce pe suprafaţa ulcerată se formează depozite de trombocite. Aceste fenomene pot genera fie lansarea unei embolii (mai ales din aortă), fie subocluzia sau ocluzia unui vas de calibru mediu sau mai mare (carotide, vertebrale, cerebrale, coronariene, etc).

Odată cu instalarea procesului ateromatos şi modificarea părţilor elastice ale

arterelor, întîlnim şi unele fenomene aşa-zise de compensare a peretelui parţial erodat. Aceste fenomene se manifestă atît prin îngroşarea ţesuturilor de legătură şi elastice (acompaniate şi de o creştere a mucoprotidelor şi mucopalizaharidelor) cît şi (în fazele avansate) de calcifierea ateroamelor şi în special a zonelor necrotice.

Arterioscleroza sau scleroza arterelor mici afectează arteriolele viscerelor, în care se încadrează şi encefalul. Procesul de arterioscleroză începe printr-o îngroşare atît a ţesuturilor de legătură şi elastice ale tunicii interne, cît şi cu o îngroşare prin hipertrofierea fascicolelor musculare ale tunicii mijlocii. Acest fenomen, odată cu îngustarea lumenului arteriolelor (degenerare de aspect sticlos) duce şi la o diminuare a fluxului sanguin (hipooxigenare). O altă formă de scleroză descrisă de MOENCKEBERG (19o3), denumită de unii autori "calcificarea tunicii medii", interesează numai tunica musculară a arterelor mari şi medii, de obicei ale extremităţilor, arterele temporale splenică, mezenterică şi mai rar a celor uterine şi ovariene, evitînd coronarele şi cele cerebrale. Tunica musculară este supusă unui proces ateromatos (proces care în rare cazuri obstruează complet lumenul arterei), degenerativ-necrotic cu succesive depuneri de săruri de calciu, ceea ce dă arterelor afectate o rigiditate caracteristică dar de obicei fără o restrîngere evidentă a lumenului lor.

Sindromul lui MOENCKEBERG, propriu vîrstei de peste 5o de ani, întîlnit destul de rar, se manifestă clinic prin: furnicături, amorţeli, dureri, rigiditate şi răceală la nivelul extremităţilor sau al altor zone afectate.

Arterioscleroza senilă consecutivă tulburărilor metabolice ale vîrstei înaintate, este reprezentată anatomo-patologic printr-o îngroşare a tunicii interne, o fibrozare redusă a tunicii medii şi o hipotrofie a fibrelor elastice ale arterelor care, deşi îşi pierd din elasticitate, nu-şi reduc lumenul decît foarte puţin.

Din categoria celor patru tipuri de leziuni arteriale, cu excepţia sclerozei tunicii medii de tip MOENCKEBERG restul, prin compromitarea irigaţiei cerebrale şi a numeroaselor implicaţii psihopatologice secundare acestuia, au o mai mare importanţă psihiatrică. Leziunile arteriosclerotice ale vaselor cerebrale constituie destul de frecvent cauza a numeroase complicaţii neurologice şi psihice (sindroame nevrotice şi depresive, eclipse de conştiinţă şi stări confuzive tranzitorii cu elemente amnezice prin ischemie sau hemoragii cerebrale cu sau fără focare de ramolisment, crize epileptiforme, atrofie corticală, hidrocefalie, (stări demenţiale, etc).

In patogeneza acestor tulburări, alături de spasmele arteriale şi arteriolare, un

rol important se pare că-l joacă şi tulburările reglării vasomotorii, dilatarea temporară a venelor şi capilarelor venoase şi în special discrepanţa dintre aparatul sanguin şi necesitatea de oxigen ce se traduce prin hipoxia sau anoxia ţesutului cerebral.

După BAKER şi JANNONE (1961) , arterioscleroza cerebrală atinge mai frecvent zonele poligonului lui WILLIS, regiunile superioare şi inferioare ale bazilarelor, carotidele interne, deasupra trifurcării, prima treime a arterei cerebrale mijlocii şi prima parte a arterei cerebrale posterioare dreapta. De fapt, tocmai aceste zone sînt implicate cel mai frecvent în determinismul diferitelor manifestări psihopatologice arteriosclerotice.

Dar nu trebuie uitat nici faptul că pe lîngă leziunile aterosclerotice cerebrale amintite, există şi alte leziuni sau vasculopatii extracerebrale sau extracraniene încriminate atît în inducerea unor tulburări circulatorii cerebrale cît şi (în mod secundar) a unor forme psihopatologice.

La explicarea patogeniei fenomenelor psihopatologice întîlnite atît de frecvent în cadrul aterosclerozei cerebrale, trebuie să pornim , cu siguranţă, atît de la ischemia cronică şi discrepanţa dintre fluxul sanguin şi necesităţile ţesuturilor cerebrale pentru a-şi putea păstra integral funcţiile psihice , cît şi de la alterarea consecutivă ischemiei, metabolismului cerebral şi a instalării unor leziuni ireversibile cu pierderea a numeroase celule neuronale.

Diminuarea fluxului sanguin este întreţinută atît de creşterea rezistenţei vaselor cu lumenul lor îngustat cît şi de modificarea presiunii de alimentare. Tocmai de aceea, vasculopatiile extracraniene şi miocardiopatiile pot interfera în determinismul discrepanţelor între fluxul sanguin şi necesităţile cerebrale. Alături de leziunile anatomice şi tulburările hormodinamice, trebuie să relevăm şi rolul factorilor dismetabolici, a căror interferenţă în fenomenele de ischemie cerebrală ocupă un rol important. In grupa acestor factori putem încadra: activitatea fibrinolitică scăzută a plasmei şi toate acele discrazii hematice şi modificări biochimice ce pot perturba buna funcţionare globală a barierei hematoencefalice. Astfel, la început aceşti factori pot induce o insuficienţă cerebro-vasculară intermitentă şi tranzitorie, dar în cele din urmă permanentă. Unele stări confuzionale pot fi determinate de fenomenul autotoxic, corelat cu creşterea azotemiei.

Dar dacă factorul comun al fenomenelor psihopatologice întîlnite în arterioscleroza cerebrală este constituit în mod fundamental de discrepanţa sau de ischemia de care am

vorbit, relevăm faptul că există şi alţi factori care intervin în determinismul şi evoluţia unor asemenea fenomene, ca de pildă dispoziţia fiziogenă-psihogenă premorbidă precum şi factorii psihogeni situaţionali.

In cadrul predispoziţiei fiziogene-psihogene ne referim la factorii genetici şi la factorii psihogeni situaţionali stresaţi, care prin prezenţa lor îndelungată şi erodantă au contribuit la dezvoltarea unei reacţii endopsihice cronice de dezadaptare progresivă şi neurovegetativă a personalităţii.

Societatea modernă industrializată şi tehnologizată la care - în occident - se asociază şi etica societăţii de consum, îmbogăţeşte factorii psihogeni situaţionali a căror acţiune este mai evidentă asupra oamenilor în vîrstă, care destul de frecvent, trăiesc nu numai într-o carenţă afectivă ci şi economico-dependentă , paralel cu diminuarea forţelor fizice şi psihice. Aceste fenomene dezvoltă la vîrstnici sentimentul inutilităţii dublat şi de faptul de a fi ajuns - prin slăbirea forţelor fizice şi psihice - poveri pe spatele aparţinătorilor sau a societăţii. Iată că factorii psihogeni situaţionali şi mai ales (atunci) cînd ei se instalează sau acţionează în comun pe fondul unei predispoziţii endopsihice, dublată atît de o viaţă sedentară şi o supraalimentare calorică cît şi de abuzul de toxice şi nesiguranţa zilei de mîine, contribuie efectiv la instalarea şi accentuarea vasculopatiilor.

Pentru înţelegerea mai deplină a mecanismelor fiziopatologice care stau la baza simptomatologiei psihice şi neurologice a aterosclerozei cerebrale se impune analiza mai detaliată a noţiunii de "insuficienţă circulatorie cerebrală" (ICC). In asenţă, ICC reprezintă expresia unei tulburări cronice a circulaţiei cerebrale generale sau limitate la un teritoriu, care se decompensează uşor odată cu apariţia unor condiţii favorabile fie scăderii debitului sanguin cerebral, fie creşterii temporare a metabolismului cerebral, în crearea unei discrepanţe între necesităţile metabolice şi posibilităţile circulatorii (PASCU, 197o).

In opinia noastră (PASCU, 197o şi PASCU şi colab.197o) toate formele de manifestări ale ischemiei cerebrale , de la cele cronice la cele acute, sau de la cele mai uşoare la cele mai grave, au la bază acelaşi substrat fiziopatologic, şi anume: ICC. Termenul de ICC are un sens larg cuprinzător, înglobînd toate aspectele clinice produse atît de factori organici, cît şi de cei hemodinamici. Considerînd că acelaşi mecanism etiopatologic poate realiza variate aspecte clinice, iar fiecare formă clinică poate fi produsă de multiple mecanisme etiopatogenice, noţiunea de ICC cuprinde

unitar şi dinamic întreaga patologie vasculară cerebrală ischemică. Gradul şi întinderea ischemiei variază de la individ la individ în raport cu multipli factori generali şi locali, din care, după opinia noastră, un rol important îi deţine capacitatea circulaţiei de supleanţă (colaterală) de a compensa scăderile debitului sanguin cerebral apărute pe căile principale de irigaţie cerebrală.

Astfel concepută ICC îmbracă două aspecte de bază: ICC cronică şi ICC acută.

ICC cronică este prezentă de la o anumită vîrstă la majoritatea indivizilor, cu sau fără răsunet clinic şi este determinată de o stare de hipaxie neuronală, cu tendinţă de accentuare progresivă. Acesta este contextul fiziopatologic care delimitează vîrsta "vasculară cerebrală", diferită de la individ la individ şi independentă de "vîrsta calendaristică" pe care o au.

ICC cronică este determinată în cea mai mare parte a cazurilor de către ateroscleroza cerebrală (se includ leziunile arterelor cu destinaţia cerebrală, de la nivelul arcului aortic pînă la arterele şi arteriolele cerebrale). Nu pot fi ignorate, de asemenea, şi alte vasculopatii de diferite naturi: infecţioase, degenerative, colagenozice etc.

ICC cronică poate evolua în trei stadii, a căror succesiune nu este obligatorie.

Stadiul I.- Ateroscleroza cerebrală cu sindrom neurastenic. Se notează faptul că simptomatologia neurastenică, cu unele particularităţi, poate constitui aspectul de debut al suferinţei de irigaţie sanguină cerebrală. Depistarea precoce a acestui prim stadiu al aterosclerozei cerebrale are o importanţă profilactică majoră, deoarece un tratament susţinut poate înlătura simptomatologia şi poate preveni apariţia unor stadii mai avansate de ateroscleroză cerebrală.

Bolnavii se plîng de o cefalee pe care o asemuiesc cu senzaţia de apăsare cerebrală continuă, ce se accentuează de multe ori la eforturi intelectuale ("semnul gîndirii dureroase"). In plus, se instalează diferite grade de insomnie (somn neliniştit, superficial, neodihnitor), uneori cu somnolenţă diurnă. Spontan sau mai ales la schimbările bruşte de poziţie, apar ameţeli, uneori cu senzaţie de rotire sau cu obnubilări pasagere. Un element caracteristic acestui stadiu de ateroscleroză este reprezentat de oboseala intelectuală care se manifestă prin concentrare greoaie asupra unei lecturi mai dificile şi prin scăderea randamentului muncii de concepţie sau de creaţie intelectuală. Se constată, în plus, o labilitate afectivă excesivă în neconcordanţă cu situaţiile în care se găsesc bolnavii.

Examinările clinice pot evidenţia la cea mai mare parte a cazurilor semne de

ateroscleroză cu localizare coronariană şi sanrenală. Examenul fundului de ochi relevă imaginea unor vase ateriosclerotice. Traseele electroencefalografice normale în înregistrări standard prezintă modificări (o încetinire a ritmului şi chiar unde lente) după acţionări medicamentoase (antideprin , etc) . Testele de dislipidemie (Kunkel 6, Kunkel 12 şi Burstein) şi colesterolemia sînt crescute.

Diagnosticul pozitiv se bazează pe debutul după 45 de ani a unei simptomatologii cu coloratură neurastenică, mai ales la intelectuali cu hipertensiune arterială şi semne de suferinţe arterială coronariană şi renală.

Diagnosticul diferenţial se va face cu nevroza astenică şi debutul neurastenic al altor afectiuni (paralizia generală progresivă , etc).

Evoluţia la cazurile netratate este lent progresivă şi facilitează trecerea aterosclerozei spre stadiile mai avansate.

Stadiul II.- ateroscleroza cerebrală cu semne piramidale şi extrapiramidale difuze se caracterizează prin simptomatologia remarcată în stadiul I, la care se adaugă apariţia atacurilor ischemice tranzitorii sau intermitente, cu simptomatologie care durează de la cîteva ore pînă la maximum 24 de ore. Aceste atacuri ischemice se manifestă prin monopareze, hemipareze, afazii, hemianaxii, diplopii, pareze de nervi cranieni, ameţeli, tulburări de vedere.

Examenul neurologic detaliat evidenţiază semne piramidale şi extrapiramidale bilaterală şi de mică intensitate. Astfel, întîlnim un facies mai fijat, mers mai sudat, fără balansul membrelor superioare, semnul lui Toulouse, semnul lui Marinescu-Radovici, semnul lui Noica şi semnul roţii dinţate, exagerarea reflexelor osteotendinoase şi a celor de postură , schiţarea reflexelor patologice piramidale la membrele superioare şi inferioare.

Tabloul psihic este dominat de scăderea capacităţii de muncă şi de labilitatea efectivă.

Stadiul III.- ateroscleroza cerebrală cu lacunanism cerebral şi sindrom pseudobulbar în care atacurile ischemice tranzitorii se repetă mai frecvent şi pot apare chiar atacuri ischemice regresive sau complete cu simptomatologie neurologică sechelară evidentă.

Debutul poate fi lent progresiv sau brusc după atacuri ischemice succesive, cînd în dreapta, cînd în stînga. Debutul lent se traduce prin emotivitate excesivă, plîns facil, tulburări sfinetemiene , scăderea exagerată a capacităţii de muncă cu tulburări de

memorie ale faptelor recente. Aspectul tipic al sindromului pseudobulbar este rîsul şi plînsul spasmodic. (fără încărcătură afectivă) determinat de dezinhibarea automatismului mimicii.

Examenul neurologic evidenţiază un sindrom piramidal bilateral, un sindrom parkinsonian generalizat, tulburări de fanaţie, masticaţie, şi deglutiţie. Examenul psihic ne dezvăluie grade diferite de involuţie intelectuală.

Forma demenţială a aterosclerozei cerebrale este cunoscută şi sub denumirea de "demenţă multinfarcţială"(HAJXINSKY şi colab.1974; GILROY şi MEYER 1979). Prezenţa multiplelor microinfarcte cerebrale poate fi determinată prin mijloacele moderne de investigaţie cerebrală cum ar fi tomografia axială, computerizată şi debitul sanguin cerebral. Astfel, debitul sanguin cerebral regional este scăzut în diferite zone corticale şi subcorticale (Rivera şi colab. 1974). De subliniat faptul, că microinfarctele se găsesc mai ales în "zonele de graniţă" ale diferitelor teritorii arteriale cerebrale, cum ar fi cel parietotemporal.

Notăm că ultimile două stadii se instalează fie prin apariţia progresivă a semnelor, fie ca o cumulare de semne neurologice sechelare după atacuri ischemice repetate. Există însă forme în care simptomatologia finală a stadiului III se face lent progresiv.

In funcţie de leziunile amintite , fenomenologia psihopatologică poate îmbrăca forma unor psihosindroame organice cronice sau acute post-ictale fără a neglija însă formele mixte.

In formele post-ictale, pe lîngă psihosindromic organic defectiv cu liagatul său polimarestin psihopatologic, întîlnim şi diferite semne neurologice (deficit senzitiv-senzorial, agnozii, afazie senzorială, alexie) şi neuromotorii (stări spastice, pareze, paralizii, tremurături, octetoză, dizartrie, apraxie, apazie motorie, agrafie).

Pornind de la aspectele fenomenologice psihopatologice şi a evoluţiei acestuia, putem face următoarea clasificare a psihosindroamelor organice, cronico-defective (A) şi a psihozelor organice accidentale (sau a complicaţiilor psihotice) : (B).

A) - tulburări minime subclinice de orientare şi adaptare la existenţa şi activitatea cotidiană.

- tulburări psihice observabile în care alături de dificultăţile de memorie, orientare şi adaptare armonioase, labilitatea afectivă , etc. întîlnim şi diverse acuze nevrotice.

- demenţa areteriosclerotică euforo-delirantă sau pseudoparalitică (cu perioada

sa de început, de stare şi finală).

B) Din grupa complicaţiilor psihotice, amintim:

- crizele şi stările de disoluţie a conştiinţei şi stări de disoluţie amnezică (confuzii halucinator-delirante, onirism, sindroame Korsakoviene, etc).

- psihoze afective (mai frecvent depresii organice şi mai rar sindroame maniacale), paranoide.

Tot aici putem încadra şi reacţiile explozive sau crizele disforice, euforice, oneiroid sau oneiroid-aglutinante etc. apărute la subiecţi neconfuzivi dar cu simple sau moderate semne progresive de alterare a funcţiilor psihice şi în special a celor de orientare şi sinteză.

Deteriorările subclinice (caracteristice într-o oarecare măsură fenomenului de îmbătrînire fiziologică) în aterioscleroză sînt acompaniate de un anumit grad de rigiditate a gîndirii, de dificultăţi (nepermanente) de memorie (fixare şi evocare) şi de o rezistenţă scăzută la activităţile cotidiene (plîngîndu-se mereu de oboseală). De fapt, această stare este sesizată şi hiperconştientizată de bolnav , fenomen care accentuează şi îmbogăţeşte şi mai mult acuzele nevrotico-anxioase, atît de frecvent întîlnite în perioada de debut a aterosclerozei.

Sindromul psihoorganic, cu o deteriorare psihică mai accentuată şi observabilă se caracterizează printr-o gamă de tulburări nete ale memoriei, atenţiei, ideaţiei, şi limbajului, inteligenţei, capacităţii critice şi a sintezei. Pe acest fond îşi pot face apariţia ideeile prevalente , obsesivo-fobice, cenestopatii hipocondrice şi mai rar interpretativ sau micromanice.

Toate aceste fenomene aglutinate duc treptat nu numai la diminuarea capacităţilor psihice globale , ci în unele cazuri mai rare şi instinctiv-afective , sînt dublate de restrîngerea interesului, diminuarea posibilităţilor de înfrînare, autostăpânire şi de autocontrol asupra reacţiilor comportamentale, accentuîndu-se în acelaşi timp şi în sens peiorativ, trăsăturile caracterului individual şi egoist.

După cum se vede, în această stare e vorba mai mult de o diminuare globală a funcţiilor psihice şi de accentuarea unor trăsături de caracter egoist-individuale , fără a se ajunge la devastarea personalităţii ori a posibilităilor sale de orientare.

Această devastare este proprie demenţei evidente, care totuşi , în ateroscleroza cerebrală nu ajunge niciodată la acele nivele de distrugere (automatism visceral sau neurologic) ci se pot observa în demenţele senile propriu-zise.

Acest fenomen de oprire obişnuită a evoluţiei sale la stadiul "conştiinţei de sine" se datoreşte fie faptului că demenţa arteriosclerotică este lacunală (în care chiar dacă deficitul interesează toate funcţiile psihice ele sînt compromise în mod inegal, adică unele mai mult, altele mai puţin), fie faptului că decesul survine de obicei înaintea unor enorme distrugeri cortico-neuronale caracteristice demenţelor senile.

Deci, în demenţa aterosclerotică rămîne neatins nucleul personalităţii, adică conştiinţa'Eului " , a cărei înfiripare şi dezvoltare începe cu al treilea an de viaţă. Tocmai de aceea în cadrul suferinţelor psihopatologice, chiar şi în demenţa generată de aterioscleroză , bolnavul îşi are conservată şi îşi trăieşte timp îndelungat conştiinţa tulburărilor sale.

In mod special şi evident sînt compromise memoria (cu pierderea maximă a amintirilor recente şi a capacităţilor de fixare şi depozitare pentru termen lung a informaţiilor recente) şi a funcţiilor psihice superioare intelectiv-raţională. Pe acest fond al degradării mnezice şi intelectuale se dezvoltă paramneziile şi confabulaţiile, ultimele constituind un fenomen psihopatologic de umplere a lacunelor memoriei alterate.

Tulburări grave se găsesc şi în sfera instinctiv-afectivă , în care întîlnim o destructurare şi dezintegrare a ierarhiei instinctelor. Astfel, aici întîlnim atît o accentuată diminuare sau chiar pierdere a "nnormeterelor" (adică a posibilităţilor instinctiv-afective de instituirea unui comportament voluntar interuman de afirmaţie şi rezolvare raţională şi armonioasă a proprlilor instincte şi interese legate de existenţa sa biologică, economică şi securitate socială), cît şi o eliberare şi dezlănţuire a " ormeterilor" (adică a instinctului de conservare şi apărare; de exemplu de a mînca şi a bea, de curăţenie sau igienă personală, de a fugi şi evita pericolul, de agresiune, sexual, etc), care agravează şi mai mult decăderea socio-morală , alterarea dispoziţiei şi îmbogăţirea motivaţiilor delirante.

Datorită focarelor post-ictale sau a unor altrofii localizate, se pot întîlni o serie de grave tulburări simbolice şi de comunicare, care dau noi dimensiuni acestui psihosindrom organic cu defectivităţi globale, dîndu-ne adesea impresia unei demenţe, deşi uneori poate fi vorba doar de o deteriorare mai mult sau mai puţin tranzitorie.

In cazul in care prin apazia senzorială este compromisă grav întreaga sferă de comunicare şi orientare, sîntem puşi adesea în situaţia de a-i acorda o implicită semnificaţie demenţială.

Intrucît demenţa aterosclerotică euforico-delirantă se aseamănă foarte mult cu

demenţă din paralizia generală progresivă, considerînd că · pe bună dreptate merită denumirea de "demenţă pseudoparalitică" pe care i-au dat-o unii autori. In cadrul psihopatologic al acestei demenţe, alături de simptomele demenţiale se întîlneşte euforia şi ideile delirante de grandoare , absurde şi nesistematizate, plus o serie de simptome neurologice caracteristice demenţei paralitice: dizartria, rigiditatea pupilară, disgrafia şi tremurăturile perierale.

Stările confuzive, de obicei tranzitorii acompaniate sau nu de un delir oniric se pot instala în mod independent sau post-ictal , avînd semnificaţia unor reacţii sau psihoze exogene acute. Dar nu rare ori aceste confuzii deschid sau însoţesc o perioadă drumul arteriosclerozei spre o demenţă post-ictală. In cadrul unor forme de obnubilare a conştiinţei, secundare unor mici accidente vasculare (focare encefalo-malacice) , se întîlnesc uneori crize halucinator-onirice tranzitorii. In aceste stări de obnubilare uşoară, bolnavii îşi suprapun halucinaţiile realităţii, trăind astfel ca într-un vis (onirism).

Uneori, pe fondul tulburărilor de conştiinţă post-ictale se pot instala unele idei delirante, mai ales cu conţinut paranoid (otrăvire, urmărire, prejudiciu, etc), idei care pe măsura ameliorării circulaţiei cerebrale dispar, de obicei în cîteva zile sau săptămîni. Sindromul Korsakovian post-ictal se întîlneşte destul de rar şi se caracterizează printr-o gravă alterare a memoriei de fixare şi reorientare şi integrare temporo-spaţială a evenimentelor, ceea ce împiedică construcţia şi trăirea reală a prezentului.

Cu toate că aceste tulburări contrastează cu o anumită luciditate , sindromul Korsakovian poate prezenta fie o regresie parţială, fie o evoluţie lentă spre cronicizare.

Fără a ne opri asupra altor complicaţii psihopatologice ale aterosclerozei, legate mai mult sau mai puţin de disoluţia conştiinţei sau a proceselor afective, cum sînt: psihozele afective (depresive sau maniace), paranoide, etc., sîntem de părere că ele au o foarte strînsă legătură cu factorii predispozanţi constituţionali şi că arterioscleroza nu a făcut altceva decît a trezit şi a înviorat favorabil dezvoltarea acestor stări psihotice încadrate în psihosindroamele organice.

Pe lîngă aspectele psihopatologice, procesul arteriosclerotic cerebral (şi general) este însoţit şi de numeroase simptome somatice, neurologice şi umorale de acompaniament, simptome şi leziuni ce pot fi puse în evidenţă prin diverse metode de investigare (oftalmoscopie , EEE, PEG, angiografie, umorale, etc).

Alături de evidenţierea unor semne generale, ca de pildă: artere superficiale mai

dure , creşterea presiunii arteriale maxime, pulsaţii ale arcului aortic în dreptul jugularei, vizibile şi palpabile, eventual suflu sistolic , semne de cardiopatie ischemică, hipertrofia ventriculului stîng, alungirea şi dilatarea aortei cu transparenţă minoră şi calcificări; semne de nefropatie arteriosclerotică şi repere hematice (hiperlipidemie, hipercolesterolemie, şi hipercoagulobilitate), un rol important în stabilirea diagnosticului, prognozei şi terapiei arteriosclerozei îl au semnele neurologice, oftalmologice, electroencefalografice, reografice şi angiografice.

Examenul oftalmoscopic (F.O) pune în evidenţă o serie de leziuni arteriolare care după schema lui KEITH, WAGENER şi BAKER realizată în funcţie de gravitatea lor crescîndă , se subdivid în patru categorii:

- îngustarea uşoară a vaselor retiniene,
- exagerarea reflexului vascular, încrucişări arterovenoase şi fenomene de scleroză arterială moderată pînă la un oarecare grad de îngustare angiospastică generalizată a arteriolelor,
- retinopatie angiospastică cu edem şi pete hemoragice (plus cele aici arătate anterior) şi în fine ,
- retinopatia cu edem pupilar

Datorită faptului că arterele retiniene au o origine cerebrală , unii autori le atribuie funcţia de "spioni" ai circulaţiei cerebrale.

Investigaţiile electroencefalografice efectuate în arteroscleroza cerebrală cu fenomene ischemice cerebrale şi psihopatologice pun în evidenţă la aproximativ 7o% din bolnavi un ritm rapid difuz de voltaj, amplitudine şi frecvenţă redusă (7-8 c/s), şi unde diritmuri temporale ce se accentuază odată cu hipermneaa în partea în care domină leziunile. In cadrul insuficientei circulatorii silviene GASTAUT şi POIRIER(1961) semnalează prezenţa unor bufee de ritmuri lente pe derivaţiile temporale.

Si prin traseele reorgrafice realizate în demenţele aterosclerotice şi senile se demonstrează o diferenţă statistică semnificativă în raport cu subiectul sănătos, ele nu ne ajută să diferenţiem cele două formă de demenţă între ele.

Prin investigaţiile angiografice-carotidografic şi subclaviculografic - se pun în evidenţă atît aspectele normale cît şi eventualele leziuni ale sistemului vertebro-bazilarî şi a întregului sistem de vase din care sîngele ajunge la creier (fiind incluse şi unele traiecte extracraniene).

Aceste investigaţii pot evidenţia prezenţa unor stenoze sau ocluzii, şi informaţii asupra timpului de circulaţie şi a existenţei unei circulaţii colateale de compensare.

Astfel, în funcție de localizarea leziunilor și de gradul insuficienței carotidiene - și a ischemiei cerebrale ce rezultă de aici - vorbim de : stenoză solitară a bifurcării carotidelor comune; stenoze ale arterelor cerebrale anterioare, medii sau la nivelul sifonului carotidian, plăci mici și multiple localizate în ramurile secundare și terțiare ale arterelor cerebrale, precum și de o restrîngere uniformă a vaselor cerebrale fără identificarea unor plăci particulare.

In stabilirea diagnosticului pozitiv și diferențial a sindroamelor psihoorganice de natură aterosclerotică , este absolut necesar să pornim atît de la aspectele psihopatologice, semnele neurologice, investigațiile paraclinice (oftalmoscopice, electroencefalografice, reoagrafice, arteriografice și umorale), cît și de la vîrsta mai înaintată și unele psihoteste care ne ajută în evaluarea cantitativă a deteriorării mintale.

Odată cu precizarea entității diagnosticului de arterosceloză cerebrală, diagnosticul diferențial al psihosindroamelor organice apărute pe fundalul ei, se va face întotdeauna comparativ cu maladiile psihice de care se apropie sau cu care se aseamănă mai mult. Astfel, în cazul sindromului nevrotic întîlnit frecvent în primele stadii ale aterosclerozei și caracterizat prin: cefalee, insomnie, oboseală fizică și intelectuală, algii și parestezii la nivelul extremităților, labilitate afectivă, acuze cenestopatice și altele, diagnosticul diferențial se va face comparativ cu: neurastenia, psihastenia, isteria, nevroza cenestopatică și depresivă, fără a uita că și tabagismul poate prezenta o simptomatologie asemănătoare (cefalee, oboseala, insomnie, acuze precardiace etc) sau că el poate constitui chiar un factor favorizant al instalării arteriosclerozei și sindromului nevrotic.

In cazul în care avem de a face cu o stare depresivă, - pe care noi asa ca și KIELHOLZ o numim despre organică - caracterizată printr-un debut neurasteniformdepresiv pe fondul căruia apar preocupări excesive legate de starea de sănătate, o ușoară stare de apatie, inhibiție moderată sau neliniște și agitație psihomotorie, de obicei cu caracter profesional , crize de plîns și rigiditate afectivă, dificultăți în muncă, diminuarea inițiativei și spontaneității , eclipse de conștiință, amețeli, vertij, tristeţea care crește progresiv anxietate, idei prevalente morbide și apoi delirant-micromanice, idei și preocupări autolitice și chiar modificări ale structurii personalității etc, e necesar ca diagnosticul digerențial să fie făcut comparativ cu depresia psihogene, somatogene, farmacogene și endogene.

Diagnosticul diferenţial al psihozelor accidentale (psihoze confuzionale, paranoide, halucinator-delirante, maniacale, korsakoviene, pseudobulbar, etc), întîlnite în cadrul arteriosclerozei este o operaţie foarte delicată, mai ales atunci cînd bolnavului nu-i sînt cunoscute antecedentele aterosclerotice, şi este adus în faţa psihiatrului cu un tablou psihopatologic acut şi destul de polimorf şi grav, cînd de fapt sînt necesare şi intervenţii terapeutice de urgenţă, pentru a înlătura cît mai repede episodul psihotic.

Destul de frecvent instalarea acestor episoade psihotice sînt o consecinţă directă a unor importante leziuni sau accidente vascular-cerebrale, care necesită o terapie aparte. În cazul în care în aplicarea terapiei nu ţinem cont de aceste aspecte, ci doar de fenomenologia psihopatologică, desigur că starea bolnavului în loc să se amelioreze se poate agrava şi mai mult.

Tocmai de aceea, odată cu stabilirea fenomenologiei caracteristice unui sindrom psihopatologic, vom trece la diferenţierea lui atentă de celelalte sindroame psihotice asemănătoare cum sînt: confuziile mintale, sindroamele halucinator-paranoide, etc.

Cu toate că la prima vedere s-ar părea că stabilirea diagnosticului pozitiv şi diferenţial este uşoară, ea este în schimb o operaţie foarte delicată.

Desfăşurarea şi prognosticul psihozelor accidentale, uneori cu tendinţe spre cronicizare, sînt condiţionate în mare măsură de factorii predispozanţi condiţionali, precum şi de terapia care, dacă este bine şi la timp instituită, poate uneori ameliora sau vindeca episoadele psihotice.

Diagnosticul diferenţial al demenţei arteriosclerotice se va face comparativ cu alte forme de demenţă (toxice, traumatice, P.G., Alzheimer, etc) şi în special cu demenţa senilă. Demenţa aterosclerotică se diferenţiază de cea senilă prin: lacunarism, desfăşurarea oscilatorie, legături cu fenomenele ictale şi instalarea ei la o vîrstă nu chiar avansată. În acelaşi timp, aşa cum am mai arătat, demenţa aterosclerotică nu conduce la o distrugere comparabilă cu cea datorată demenţelor senile sau presenile şi spre deosebire de acestea, ea nu prezintă o evoluţie uniformă, ci o desfăşurare degradantă, ondulatorie, cu accentuări şi scăderi uneori surprinzătoare şi este, în anumite limite, posibilă de remisiuni parţiale, ameliorări care sînt strîns legate de instituirea unui tratament capabil să îmbunătăţească circulaţia şi oxigenarea cerebrală. Uneori evoluţia ei se caracterizează printr-o decădere în trepte (coborîrea unei scări).

Această evoluţie în trepte este determinată în cea mai mare măsură de succesiunea

micilor ictusuri.

In contextul general al aterosclerozei generale s-a desprins două emtităţi nosografice mai particulare: Boala ALVAREZ şi Boala BINSWANGER.

Boala lui ALVAREZ,

In lucrarea sa "Little Strokes" (microictusuri), WALTER ALVAREZ descrie trăsăturile unei maladii cerebrale, cunoscută în literatura de speialitate sub denumirea de "Boala lui Alvarez". "Boala lui Alvarez" întîlnită în jurul vîrstei de 60 de ani, de obicei la subiecţi normosensili - se caracterizează în primele stadii prin pierderea tranzitorii a flexibilităţii, uşurinţei dexterităţii şi armoniei mişcărilor membrelor inferioare şi superioare, condiţii în care mişcările (printre care şi scrisul)şi mersul devin stîngace,mai greoaie şi lipsite de armonie.

Aceste fenomene sînt acompaniate cît de o fenomenologie psihopatologică cît şi de una neurologică, ambele destul de bogate şi capabile de a crea dificultăţi de diagnostic şi tratament.

Din primele elemente psihopatologice semnalăm tulburările de caracter, pe care aşa cum arată Alvarez, ne sesizează mult mai uşor şi mai repede cei din anturajul bolnavului decît el însuşi, motiv pentru care anamneza minuţioase şi informaţiile anturajului sînt foarte valoroase în stabilirea diagnosticului. Tulburările de caracter se rezumă la schimbarea modului de a fi şi de a recaţiona la anumite împrejurări, ca de pildă: bolnavii acceptă unele situaţii pe care anterior nu le tolerau, devin indeferent faţă de preocupările şi prieteniile anterioare, îşi schimbă afectivitatea, adică din oameni veseli, optimişti, devin indispuşi, morocănoşi, nemulţumiţi, irascibili şi certăreţi, sau cverulatori, rigizi şi intoleranţi. Accentuarea bruscă a fenomenelor de îmbătrînire este, la fel, un semn caracteristic. Alături de tulburările amintite trebuie să reliefăm şi faptul că debutul bolii lui Alvarez poate îmbrăca şi forma unor tablouri psihopatologice destul de zgomotoase şi chiar grave, cum ar fi: sindromul amnestic temporar, isteric, paranoizi şi depresivi, cu preocupări şi tentative de suicid. Această fenomenologie psihopatologică creează dificultăţi de diagnostic, dar pentru a putea evita erorile trebuie să ne ghidăm după următoarele criterii:

- erodarea progresivă a personalităţii (semnalate de Carter), secundare succesiunii microinfarctelor cerebrale ; erodarea şi destructurarea nu au o legătură evidentă cu personalitatea premorbidă a bolnavului;

- tabloul psihipatologic şi neurologic are un caracter tranzitoriu, alternînd scalariform;

- cu toate că la început , între intervalele dintre primele accese, bolnavul își poate prelua activitatea, ulterior, fiecare episod amplifică deteriorarea psihosomatică a personalității bolnavului, iar evoluția progresivă a bolii merge ireversibil spre exitus.

Nu putem încheia fără a releva faptul că dintre factorii ce intervin în etippatogeneza bolii lui Alvarez, un loc important îl ocupă: discrepanța dintre aportul scăzut și necesitățile normale de oxigen ale creierului (adică deficitul de oxigenare cerebrală) realizat prin anemii, tromboze, insuficiență circulatorie bazilară, intoxicații cu oxid de carbon, traumatisme cranio-cerebrale, modificări bruște ale tensiunii arteriale, etc., toate aceste fenomene putîndu-se instala și pe fondul unui creier mai mult sau mai puțin afectat de ateroscleroză.

Microinfarctele sau ictusurile cerebrale instalate în mod succesiv și care prin necrozarea lor sau un aspect mozaical creierului întreg, constituie de fapt substratul anatomico-patologic al bolii lui Alvarez.

De regulă, instalarea și evoluția necrozantă a microinfarctelor cerebrale este dublată și de o serie de fenomene psihopatologice și neurologice: vertij matinal, diplopie, pasageră, apraxie tranzitorie a îmbrăcatului, semne cerebeloase tranzitorii, pareză facială centrală de scurtă durată, senzația tranzitorie de a avea "gambe de cauciuc", etc., a căror evoluție și diversitate de forme și intensitate de manifestare depind atît de localizarea cerebrală a microinfarctelor, cît și de numărul și extinderea lor.

Boala BINSWANGER

Este o encefalopatie arteriosclerotică subcorticală cronică care se manifestă clinic prin: a) hipertensiune arterială persistentă și semne evidente de arterioscleroză sistemică;

b) semne neurologice de focar care se acumulează după apariția recurentă a diferitelor tipuri de atacuri ischemice;

c) predominanța semnelor motorii și pseudobulbare;

d) demență progresivă cu evoluție lentă;

e) hidrocefalee internă și externă.

Se incriminează ischemia difuză subcorticală cu glioze multiple secundare encefalopatiei hipertensive. Examenul electroencefalografic efectuat seriat evidențiază o deteriorare progresivă a activității de fond cu apariția graduală a unei activități de tip delta (BURGER și colab. 1976, CAPLAN și SCHOENE, 1978; DE REUCK și colab. 1980).

In general, procesul anatomo-patologic al aterosclerozei este prin însăși natura sa

progresiv, dacă nu prin altceva, atunci măcar prin componența sa legată de avansarea în vîrstă. Dar nivelul progresivității este foarte variabil de la caz la caz, iar o terapie judicioasă şi la timp instituită poate încetini evoluţia şi ameliora prognosticul.

În privința aspectelor psihopatologice şi în special deteriorarea mintală, prezintă şi ea, din aceleaşi cauze, o tendință la un declin mai mult sau mai puţin lent, paralel cu înaintarea în vîrstă. Dar nu este cîtuşi de puţin prestabilit că ateroscleroza cerebrală trebuie să sfîrşească în demenţă, fapt ce este cu atît mai bine evidenţiat cu cît o terapie adecvată şi înlăturarea factorilor fiziogeni, psihogeni şi toxici întîrzie sau chiar împiedică decăderea şi deteriorarea globală a personalităţii bolnavului.

Deci, iată că un rol extrem de important revine atît stabilirii unui diagnostic corect cît şi instituirii unei terapii adecvate şi timpurii, dar cu toate acestea noi considerăm că rolul cel mai important trebuie să-l joace măsurile profilactice care trebuie cunoscute şi aplicate încă din tinereţe.

De fapt, normele de igienă psihică, fizică şi dietetică sînt valabile atît în prevenirea, cît şi în terapia aterosclerozei. Aceste norme se referă la: evitarea sedentarismului, stresurilor, supraalimentaţiei, suprasolicitărilor şi toxicelor. Referindu-ne la alimentaţie, remarcăm faptul că după 35 de ani ea trebuie să fie cantitativ redusă, hipocolesterimică (ouă puţine), hipolipidică (reducerea grăsimilor animale: slănina, untura şi untul, preferînd în schimb uleiul de floarea soarelui, măslina sau porumb) şi fără a abuza de dulciuri, iar eliminarea tutunului şi reducerea consumului de băuturi alcoolice sînt măsuri foarte valoroase.

Odată însă instalată arterioscleroza, evitarea factorilor de risc mai sus amintiţi şi respectarea unei alimentaţii şi a unui program de muncă şi repaus raţional sînt absolut necesare, în timp ce prin instituirea unei terapii medicamentoase se va urmări:

- ameliorarea sau cel puţin încetinirea evoluţiei procesului anatomo-patologic din vase;
- corectarea sau ameliorarea circulaţiei şi oxigenării cerebrale;
- protejarea ţesutului nervos central;
- diminuarea şi înlăturarea cît mai repede posibilă a stărilor nevrotice şi a tulburărilor de caracter, precum şi a episoadelor psihotice acute (confuzive, depresive, maniacale, delirante şi halucinatorii).

Dorinţei de a acţiona asupra leziunilor vasculare îi corespund, atît în funcţie de caz, cît şi de toleranţa individuală, diferite preparate ce acţionează fie asupra profi-

iului biochimic al sîngelui, modificînd discrazia hematică , fie asupra dismetabolismului peretelui vascular şi anume: vitamine, minerale şi amino-acizi prezenţi mai ales în compoziţia unor preparate destinate geriatriei, hormoni, iod, produse cu acţiune clarificantă, fluidificantă, profibrivalitică, anticolesterinemică şi hipolipemică. De semnalat faptul că majoritatea acestor preparate farmaceutice , prin mecanismele lor farmacodinamice , exercită mai multe din aceste acţiuni dacă ele ţintesc cu precădere doar unul din fenomenele amintite.

Clarificantul general este heparina, administrată în doze mici, pentru a nu altera coagulabilitatea (5o mgr.i.v.bisăptămînal timp de 1-2 luni); sau 25 mgr/zi, administrate i.m., în trei serii pe an. Pe cale orală se poate administra heparina hipocaică (2-3 compr/zi după mese, în curs de 6o de zile, de 2-3 ori pe an, cu pauze de cel puţin o lună între cure.

Prin acţiunea sa lipidoconversantă, adică de transformare (scindere) a agregatelor mari lipoproteice (molecule mari lipoproteice), în fragmente mai mici şi de clarificare a plasmei opalescente produsă de lipemia postprandială, heparina influenţează atît metabolismul lipidic, cît şi microcirculaţia vaso-vasorum, împiedicînd deteriorarea pereţilor vasculari şi astfel încetinind sau întîrziind dezvoltarea aterosclerozei.

Haparinoizii organoextractivi şi vegetali (din mucoasa gastrică - Dodemucil, sau din mucoasa duodenală - Atercid sau Asclerol, sau de origine vegetală - Hemociar) sînt mucopolizaharide ce au un bun şi complex efect de diminuare a lipidelor totale serice, a colesterolului plasmatic, a beta-lipoproteinelor şi de ameliorare corectivă a raportului beta/alfa-lipoproteine, fiind în acelaşi timp şi activatoare ale fibrinolizei.

Din grupa preparatelor cu acţiune hipolipimiantă şi de inhibare a sintezei colesterolului, în afara heparinei şi asclerolului, amintim: Clofibratul, Acidul nicotinic , Dextrotiroxina, Piridinolcarbamatul (Prodectin). După proprietăţile lor farmacodinamice sau mecanismul de acţiune, ele se împart în patru categorii de lipemiante:

a) Clofibratul: - odată cu inhibarea, la nivelul ficatului, a sintezei lipoproteinelor bogate în trigliceride şi mai puţin biosinteza colesterolului , scad atît acizii graşi liberi, fosfolipidele şi beta-lipoproteinele, cît şi uricemia (într-o proporţie mai accentuată la cei cu hipertrigliceridemie).

Acidul nicotinic, cu acţiunea sa vasodilatatoare predominant arteriolocapilară, intervine şi în procesul de reducere a colesterolului seric prin accentuarea trecerii lui în acizii biliari, scăzînd în acelaşi timp atît sinteza hepatică a beta-lipoproteinelor

cît şi diminuarea trigliceridelor.

Deci, cele două preparate acţionează prin diminuarea sintezei lipoproteinelor în ficat.

b) Colestiramina, prin diminuarea absorbţiei intestinale a colesterolului (datorită lipsei acizilor biliari) şi eliminării lui accentuate prin scaun, scade colesterolemia.

Dextrotiroxina, printr-un mecanism de conversie crescută a colesterolului în acizi biliari şi eliminarea lor prin scaun, contribuie la diminuarea colesterolemiei. In acelaşi timp, preparatul diminuă şi beta-lipoproteinele, fiind şi un hipolipemiant.

c) Sitosterolul reduce colesterolemia prin diminuarea absorbţiei intestinale.

d) Heparina şi Asclerolul, prin influenţa lor asupra mecanismului şi transportului lipidelor în sînge, devin hipolipemiante.

Printr-o acţiune lipoechilibratoare, la nivel hematic şi parietal Piridoxina (vit.B6) şi unele substanţe fosfolipidice au un rol antiaterogen important.

Dintre medicamentele cu rol în mobilizarea lipidelor de la nivelul pereţilor arteriali, amintim: Metionina, Inozitolul şi Mecoparul.

Concomitent sau independent de profilaxia şi terapia amintită, în multe cazuri este nevoie să se intervină şi în direcţia corectării componenţei hemodimice. Această intervenţie corectivă se realizează de la caz la caz prin tratamente diferite, după cum fluxul sanguin este diminuat sau nu. Pornind de la faptul că fluxul reprezintă (exprimă) raportul dintre presiune şi rezistenţă, o creştere a presiunii arteriale nu comportă în mod necesar o modificare a fluxului, deoarece ea poate reprezenta compensarea unei rezistenţe crescute. Astfel, după formula ($F = \frac{P}{R}$), fluxul poate rămîne constant dacă presiunea şi rezistenţa cresc concomitent. Iar, după cum se ştie, arterioscleroza este o maladie tipică ce favorizează creşterea rezistenţei prin diminuarea calibrului vaselor.

De aceea, în ateroscleroză, hipertensiunea arterială va fi just apreciată, iar în cazul în care nivelele sale ridicate determină un fenomen de uzură nocivă a pereţilor vasculari şi de suprasolicitare cardiacă sau ameninţare de accident vascular, vom trece la scăderea ei cu ajutorul unei medicaţii antihipertensive şi sedative-destressante.

O extremă importanţă în tratamentul fenomenelor psihopatologice induse de ateroscleroza cerebrală, revine corectării unei căderi (scăderi) a fluxului cerebral, datorită unei exagerate rezistenţe necompensate.

In terapia de corectare a componentei hemodinamice, sînt de mare utilitate vasoconstrictoarele ce corectează scăderea gravă a fluxului indus de hipotensiune (Noradrenalină, Efortil, Efedrină etc) şi acele vasodilatatoare ce ameliorează fluxul, scăzînd

rezistenţa , fără a diminua însă prea mult tensiunea arterială (Papaverina, Aminofilină, Acidul nicotinic - ultimele două asociate în Complamin - şi derivatele sale (Vinpocetin etc).

Dihidroergotoxina în doze de 3x2o pic/zi sau 1/2 - 2 f/zi i.m. este un alt preparat care prin relaxarea muşchilor netezi arteriolari , scade rezistenţa vasculară şi creşte fluxul sanguin cerebral, ameliorînd astfel încît circulaţia cerebrală cît şi consumul de oxigen şi metabolismul neuronal. Concomitent cu aceasta se înregistrează şi diminuarea ameţelilor, cefaleei, asteniei, vertijului, insomniei şi ameliorarea atenţiei , memoriei şi comportamentului, adică a numeroaselor simptome întîlnite destul de frecvent în arterioscleroza cerebrală a vîrstnicilor. Deci, dihidroergotoxina (Hydergin, Redergin, Redergan etc) reprezintă unul dintre cele mai eficace produse în arterioscleroza cerebrală. De multe ori însă fluxul sanguin poate fi corectat sau ameliorat printr-o medico-cardiotonică, mai ales atunci cînd fluctuările circulatorii sau crizele ischemice intermitente sînt legate de miocardiopatie.

In scopul îmbunătăţirii funcţionabilităţii bariei hemato-encefalice, a protejării şi entrofiei celulelor neuronale cerebrale, de mare utilitate sînt: Encefabolul, Lecitina, Normabrainul, Meclofenoxatul, Gerovitalul H3 şi altele.

Normebreinul (Noatropil) în doze de 3x4oo mg/zi pare să aibă, prin substanţa de bază pe care o conţine - piracitam - efecte bune în emeliorarea metabolismului cerebral.

In domeniul prevenirii şi terapiei aterosclerozei cerebrale, Gerovitalul H3 (preparat pe bază de procaină hidroclorică) în serii de cîte 2 pastile pe zi timp de 12 zile cu intervale libere de 18 zile sau de o lună, sau în serii de cîte 12 injecţii intramusculare în 4 săptămîni cu intervale libere de 1-2 luni, are efecte bune ce se pot pune în contul dismetabolismelor ce se realizează atît la nivelul hematic şi parietal, cît şi la nivelul parenchimatos. Dar acest tratament este incompatibil cu administrarea de sulfamide, ezerină şi prostigmină.

In cazul în care bolnavii cu ateroscleroză prezintă tulburări ale ciclului nictomeral, nelinişte, anxietate, agitaţie psihomotorie sau excitaţie de tip maniacal, se vor administra tranchilizante şi neuroleptice minore sau majore ca de exemplu: Napoton, Tioridazin, Clorpromazin, Haloperidol, Trifloperapin etc. Cînd tabloul este dominat de simptome depresive, trachilizantele sedative şi anxialitice, dublate de antidepresive şi chiar de seismoterapie sub "protecţie medicamentoasă cu miorelaxante", sînt bine-venite şi eficiente.

Pe lîngă cele amintite, în terapia acestor bolnavi, un loc important îl ocupă atît psihoterapia largă, cît şi prevederile social-psihologice care se pot rezuma la: evitarea scoaterii şi îndepărtării bolnavului (bătrînului) din ambianţa familială şi casnico-familială obişnuită şi deci tratarea lui pe cît posibil în mediul familial (acasă); lupta împotriva izolării şi expulzării sale, antrenarea pensionarului în activităţi social-obşteşti şi sportiv-culturale, stimularea şi favorizarea hobiurilor, opunerea la o progresivă descărcare de responsabilităţi sociale sau facilitarea atribuirii unora, adecvate posibilităţilor sale diminuate; deci, iată că este vorba de a menţine pe cît posibil bătrînul aderent la o structură social semnificativă pentru el.

Aceste indicaţii şi norme sînt valabile şi destul de eficiente fie în scopuri profilactice, fie chiar în scopuri preventiv-curative în cazurile în care deteriorarea personalităţii a început deja.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. ALVAREZ W.C. - Little Strokes., Lippincott, Philapelphia, Toronto, 1966 (p.458, 58o)
2. ARIETI, S. - American Handbook of Psychiatry. Second Edition. Ed. Basic Books, New York, 1974.
3. BAKER, A.B., JANNONE, A. - Cerebrovascular disease. Neurology, 11:23, 1961.
4. BARGELLESI, S.A. - Il "Clearing factor" nelle psicosi arteriopatiche e senili. Giorn. Psich. e Neuropat., 92:147, 1964.
5. BURGER P.C., BURCH J.G., KUNZE V. - Stroke, 7:626-631, 1976.
6. CAMPAILLA, G. - Le psicosi da ischemia cerebrale. Giorn. Psich. Neuropat., 92:1, 1964.
7. CAPLAN, L.R., SCHOENE W.C. - Neurology, 28:12o6-1215, 1978.
8. CARTER A.B. - Clinical aspects of cerebral infarction. In :Handbook of Clinical Neurology, editată de VINKEN P.J, North Holland , Publishing Co New York 1972, (p.11:3o3).
9. CSIKY Cs., GRECU Gh. şi MIREA C. - Contribuţii la studiul sindroamelor maniacale simptomatice. Neurol. Psihiat. Neurochir., 2:93-1oo, 1975.
1o. DE REUCK, J., CREVITS L., DE COSTER W., SIEBEN G., VANDER EECKEN H. Neurology, 3o:92o-928, 198o.
11. FREEDMAN, M.A., KAPLAN, I.H. SADOCK, J.B. - Comprehensive Textbook of Psychiatry I/II ediţia a II-a Ed. Williams Wilkins Co., Baltimore, 1978.
12. GASTAUT, H., POIRIER, F. - The electroencephalogram in cerebrovascular diseases. Neurology, 11:11o, 1961.

13. GILROY, J., MEYER J.S. - Medical Neurology, Macmillan Publ. Co., Inc., New York, 1979.

14. GRECU Gh. - Unele aspecte ale stărilor depresive. Teză de doctorat, I.M.F. Tg.Mureş, 1971.

15. GRECU Gh. şi PASCU I. - Unele aspecte ale tulburărilor psihice în ASC. Neurol. Psihiat Neurochir., 1:45-51, 1978.

16. HACKINSKY V.C., LASSEN N.A., MARSHALL J. - Lancet, 2:2o7-21o, 1974.

17. KLEIRNS, M.M., WHITELEATHER J.E., - The angiographic study of carotid insufficiency and cerecral ischemia. Amer.J.Roentgenology, 81:929, 1959.

18. LISHMAN, A.W. - Organic Psychiatry, Blaxkwel Sci. Publications, London, 1978.

19. MAYER-GROSS, W., SLATER, E, ROTH, M. - Clinical Psychiatry. Ed. Cassell, London, 1977.

2o. MOGA, A. - Hipertensiunea arterială şi ateroscleroza. Ed.Med.Bucureşti, 197o.

21. NYIRÖ, Gy. - Psihiatria. Medicina, Budapest, 1971.

22. PASCU, I. - Cercetări privind patologia bolilor vasculare cerebrale din ateroscleroza. Teză de doctorat, I.M.F. Bucureşti, 197o.

23. PASCU I., POPOVICIU L., HURDUGACIU V. - Rev.Med. (Tg.Mureş), 197o. 16:32o-326.

24. POROT, A. - Manual alphabetique de Psychiatrie. Press Univ.Fr., Paris, 1969.

25. PREDESCU, V. - Psihiatria, Ed.Med.Bucureşti, 1976.

26. RIVERA, V.M., MEYER, J.S., BAER, P.E., FAIBISH G., MATHEW N.T., HARTMANN A., J.Amer.Geriat.Soc., 22:397-4o6, 1974.

27. WALTON J.N. - The Korsakov syndrome in spontneonus subarachnoid haemarhage. J.Ment.Sci, 99:521, 1953.

28. WEITBRECHT, J.H. - Psichiatria in Grundiss. Springer-Verlag, Berlin, 1973.

29. WIECK, H.H. - Zur klinische Stellung der Durchgangs syndrome. Schweizer Arch. Neurol. Psychiat. 88:4o9-419, 1961.

3o. WIECK, H.H. - Zur Klinik der Sogenannten Symptomatischen Psychosen. Dtsch. med. Wschr. 1945/1956.

STARILE PARTICULARE ALE CONSTIINTEI INDUSE SI DIRIJABILE PRIN PROCEDEELE PSIHOTERAPEUTICE

E. Trozner, Gh. Grecu şi E. Pantea

Natura stărilor particulare de conştiinţă din cadrul diferitelor procedee psihoterapeutice a suscitat de mult interesul specialiştilor din diferite domenii.

Astfel, vorbind în primul rînd despre cea mai veche metodă psihoterapeutică - hipnoza, trebuie să remarcăm că amplasarea ei nu este nici astăzi pe deplin clarificată. Fenomenul hipnotic se dovedeşte deosebit de complex. El afectează practic toate procesele psihice. In cursul procesului provocării şi menţinerii hipnozei pot surveni diferite modificări ale atenţiei, percepţiei (inclusiv şi percepţia timpului), reprezentărilor, memoriei, poate avea loc influenţarea atitudinilor, deciziilor judecăţilor etc. Intreaga psihologie este implicată, mai ales că principala modificare produsă se referă probabil la însuşi nivelul funcţional al conştiinţei. Starea hipnotică se caracterizează printr-o permeabilitate crescută faţă de sugestie şi prin apariţia unor răspunsuri, idei şi conduite care nu caracterizează subiectul şi de care el nu-şi mai aminteşte în starea de veghe (amnezia hipnotică: spontană, sugerată, totală, parţială a conţinutului, a sursei de informaţii; reversibilă şi selectivă).

O serie de cercetări şi-au propus să stabilească dacă hipnoza reprezintă o stare particulară de somn sau dimpotrivă, o stare particulară de veghe. De fapt, însăşi denumirea de hipnoză, dată de medicul JAMES BAIRD în secolul trecut (1845), derivă de la cuvîntul grecesc hipnos = somn. KLEITMAN (1963), referindu-se la lucrările mai vechi publicate de BAIRD, CHARCOT, BERNHEIM, FOREL, SCHULTZ şi alţii, a apreciat că somnul hipnotic este foarte asemănător cu cel fiziologic, natural. PAVLOV (1952) a sugerat că somnul hipnotic reprezintă o stare de inhibiţie limitată de nivelul unor arii ale cortexului cerebral, în vreme ce somnul fiziologic reprezintă o inhibiţie generalizată. Dar d.p.v. E.E.G. s-a dovedit de unii autori că în cursul hipnozei avem de-a face cu trasee de veghe şi nu de somn. Totuşi, KLEITMAN a constatat că în anumite faze ale hipnozei apar trasee de somn. Anumite similitudini bioelectrice au fost consemnate însă între o stare de somnolenţă sau de relaxare şi starea hipnotică. Rămîne deschisă problema dacă această similitudine se bazează pe existenţa unor mecanisme comune sau rezultă din faptul că în stadiul actual al cercetărilor mijloacele EEG nu sînt încă suficient de fine pentru a permite diferenţierea unei stări de relaxare provocată prin intermediul tehnicii hipnotice, de alta, produsă fără hipnoză. Dificultăţile

nu ţin însă numai de limitele mijloacelor de investigare, ci şi de însăşi particularităţile stării hipnotice, căci ea reprezintă concomitent o manifestare conştientă şi inconştientă, o stare de relaxare şi de concentrare, de atenţie şi de neatenţie, de detaşare, de comportament simulat şi autentic.

Nu numai datele obţinute prin intermediul EEG, dar şi cele care rezultă din examinarea altor indicatori fiziologici, justifică mai degrabă considerarea hipnozei ca o manifestare particulară a stării de veghe decît a celei de somn, sau după cum reiese din cercetările mai recente ale lui ROJNOV, ALADALOVA şi KAMENETSKY (cu indicatori fini bioelectrici), ca o stare diferită atît de cea de veghe cît şi de cea de somn. Pînă în prezent nu au fost identificaţi indicatori fiziologici care să permită obiectivarea riguroasă a stării hipnotice ca atare, în consecinţă nu există nici posibilitatea determinării pe această cale a profunzimii hipnozei atinse de un subiect sau altul. Astfel, marile speranţe legate de cuceririle electrofiziologiei, folosite cu succes în cercetarea somnului şi a viselor, au eşuat în cazul hipnozei.

Conform teoriei rolului, elaborată de profesorul SARBIN, omul dispune de multiple posibilităţi (insuficient cunoscute şi ele) de a se comuta sub imperiul unor factori externi şi interni dintre cei mai diferiţi, inclusiv tehnici specializate, în aşa fel încît integrîndu-se în rolul în care s-a angajat să-l întruchipeze poate să ajungă pînă la acel grad de transpunere în care se realizează detaşarea lui de mediul ambiant. In cele mai accentuate momente ale transpunerii, în care se realizează trăirea pînă la uitarea de sine, pot fi înregistrate modificări fiziologice. Blocajul ritmului alfa, care se produce în mod obişnuit odată cu stimularea senzorială, nu mai are însă loc în condiţiile realizării acestor stări ieşite din comun.

La sfîrşitul secolului trecut, în special prin psihologul francez P. JANET, a fost dezvoltată o teorie disociaţionistă a hipnozei, sprijinită şi de recentele dovezi experimentale ale lui HILGARD; Conform acestei teorii, anumite părţi ale personalităţii pot funcţiona autonom, separat de instanţele conştiente.

Psihologul american SHOR, susţinătorul teoriei tridimensionale a hipnozei, remarcă un aspect esenţial al conştiinţei: "orientarea generalizată asupra realităţii", în raport cu care defineşte modificările survenite la nivelul acestei instanţe supreme.

O modificare particulară a conştiinţei apare şi în timpul stărilor de relaxare psihofizică, obţinute în mod voluntar prin diferite procedee, dintre care menţionăm în mod special antrenamentul autogen al lui J.H. SCHULTZ (1920).

Deşi metoda antrenamentului autogen calificat de SCHULTZ drept "autorelaxare concentrativă" se află într-o legătură genetică cu hipnoza (respectiv cu autohipnoza descrisă de O. VOGT în 1980), ea s-a născut din efortul de a o depăşi, eliminîndu-i defectul de a lăsa subiectul pasiv, de a nu-l antrena în procesele redobîndirii echilibrului emoţional şi dispariţiei simptomelor. Si în acest caz, în scopul obţinerii relaxării se încearcă a se realiza o izolare faţă de afluenţa stimulilor psiho-senzoriali, ca într-o veritabilă deprivare realizată prin cuvînt, dar starea pe care antrenamentul autogen o induce nu este cîtuşi de puţin un "somn" (nici măcar hipnotic), ci presupune, dimpotrivă, o atenţie de o anumită calitate, o veghere a conştiinţei dirijată de data aceasta înspre propriul corp. In starea de relaxare totală pot apărea fenomene de conştiinţă "depersonalizată" a căror apariţie spontană a fost semnalată de către SCHILDER (1920) şi în stări accentuate de somnolenţă sau sub efectul unor medicamente. In această stare, conştiinţa Eului, a corpului şi a mediului înconjurător se contopesc, simptomele nevrotice pierzîndu-şi substratul. Pe fondul acestui calm şi confort fizic realizat prin anumite formule, se încearcă dezvoltarea unor reprezentări şi a unor stări de trăire imaginativă, analoagă cu situaţia hipnagogică. In faza sa superioară, numită meditativă, antrenamentul autogen ca şi celelalte metode de relaxare dealtfel urmăreşte înzestrarea pacientului nu numai cu o metodă de autocontrol dirijată exclusiv către corp, ci şi cu o metodă de autocunoaştere şi autostăpînire psihică.

Neurofiziologia modernă, prin edificarea rolului formaţiei reticulate în menţinerea tonusului cortical şi experimentele de dezaferentare şi deprimare senzorială, aduce acreditarea ştiinţific - experimentală metodelor de relaxare. Este ilustrativ în acest sens efectul declanşator al metodelor de relaxare în cazul psihozelor latente, respectiv accentuarea fenomenelor halucinatorii şi paranoice în cazul psihozelor existente. In aceste cazuri, relaxarea prin efectul ei asupra sistemului reticulat activator ascendent, scade nivelul stării de veghe a cortexului, reducîndu-i totodată şi capacitatea de reechilibrare şi compensare psihică.

O metodă descrisă recent, dar care pare strîns înrudită cu antrenamentul autogen, este sofronizarea. Cuvîntul este de origine greacă, iar varianta din care provine denumirea procedeului "sophrosyne" apare prima dată la Platon şi înseamnă o stare psihosomatică particulară. Fondatorul şcolii de sofrologie este psihiatrul A. CAYCEDO (1960), originar din Columbia, cu reşedinţa în Barcelona. Sofrologia bazată pe concepţia

psiho.somatică se defineşte ca o ştiinţă care studiază modificările activităţii psihice în funcţie de nivelul stării de veghe a conştiinţei, posibilităţile modificării volitionale a acestor nivele şi folosirea acestor posibilităţi în scop psihoterapeutic. Sofrologul elveţian ABREZOL, elaboratorul metodei de "sofronizare progresivă", dă următoarea definiţie: "Cercetarea tuturor acelor modificări ale conştiinţei pe care le obţinem prin diferite mijloace psihologice, fizice (muzica de exemplu) sau chimice şi le putem folosi în scop psihoterapeutic, realizîndu-se astfel permeabilizarea între conştient şi inconştient". Deviza curentului ilustrează scopul final: "Ut constientia noscatur" ("Ca să cunoaştem propria conştiinţă").

CAYCEDO deosebeşte 3 forme de conştiinţă: patologică, normală şi cea de sofronizare, pe care o consideră o stare de veghe relaxată, foarte apropiată de nivelul de trecere de la veghe la somn. Sofronizarea, foarte apropiată, cum am mai menţionat, de antrenamentul autogen, se combină şi cu elementele hipnozei active şi ale introspecţiei corporale. Adepţii metodei însă neagă orice asemănare între starea de conştiinţă din hipnoză şi cea din sofronizare, aceasta din urmă provocînd modificări EEG şi EMG perceptibile, pe cînd în hipnoză aceste modificări nu se evidenţiază. Sofrologii folosesc noţiunea de conştiinţă într-un sens foarte larg. Deşi ei analizează modificările de conştiinţă d.p.v. al vigilităţii, totuşi folosesc expresii în care se amestecă neclar şi elemente de conţinut ale conştiinţei. Starea de conştiinţă "specială" descrisă de ei se referă de fapt la nişte fenomene nedelimitate precis. Totuşi, pe baza descrierilor, se pare că starea biologică şi psihică realizată nu diferă cu nimic de cea din cadrul antrenamentului autogen: "interceptiile se adîncesc , gama proceselor perceptibile ale organismului se lărgeşte; imaginaţia devine laxă, apar fragmente de imagini oneiroide, care pot fi orientate cu uşurinţă în anumite direcţii. "

In ultima instanţă menţionăm metoda MILD - producerea mnemonică a viselor lucide - metodă descrisă în ianuarie a.c. de către LA BERGE de la Centrul de cercetare a somnului - "Strandford University School of Medicine", S.U.A.

Visarea lucidă sau visarea în timp ce eşti perfect conştient că visezi, este cunoscută cel puţin din vremea lui ARISTOTEL. In acest timp, explică LA BERGE, "Conştiinţa celui care visează pare deosebit de trează". Visătorul lucid poate raţiona, poate să-şi amintească şi să acţioneze voluntar, poate să intervină în soluţionarea conflictelor visului şi în aducerea lui la un sfîrşit satisfăcător. La Berje a inventat o metodă care îi permite să producă vise lucide" după dorinţă".

Credem că este vorba despre un procedeu invers față de metoda "visului treaz dirijat", unde de fapt subiectul este treaz, deşi cu conştiinţa vag estompată, pentru a-i permite pătrunderea într-o lume imaginativ-oneiroidă.

Din cele expuse se înţelege că nu numai conceptul de conştiinţă, dar şi cel de conştiinţă modificată este extrem de controversat. Aceasta se datorează însă şi faptului că psihologia a neglijat timp îndelungat să se ocupe de manifestările neconştientizate ale activităţii psihice. In ultimul timp s-au înmulţit cercetările care se ocupă cu diferite forme ale conştiinţei modificate sub influenţa narcoticelor, a izolării, a limitării activităţii, creşterii, condiţiilor de relaxare, a reducerii excitaţiilor senzoriale, a concentrării excesive, a unor modificări în sistemul neuroendocrin, etc. Se caută criterii pentru o mai riguroasă circumscriere a tipurilor de schimbări pe care le implică modificarea, dintr-un motiv sau altul al activităţii conştiente, cum ar fi: tulburări în procesul perceperii şi gîndirii; starea de incertitudine sau deblocarea controlului obişnuit al expresiei emoţionale; distorsionarea percepţiei timpului, modificări în perceperea corpului; modificări în judecarea unor fapte şi a relaţiilor dintre ele; accentuarea sugestibilităţii etc. Intr-un astfel, de sistem bazat pe indicatori mai controlabili, pot fi determinate cu mai multă rigurozitate şi modificările de conştiinţă condiţionate de diferite procedee psihoterapeutice.

In sensul celor de mai sus, considerăm încurajator şi de perspectivă că premiul Nobel pentru medicină pe anul 1981 a fost acordat lui ROGER SPERRY (S.U.A.), profesor la catedra de psihologie a Institutului de tehnologie de la Pasadena, pentru că "a înlesnit pătrunderea într-o lume care pînă acum era închisă sau aproape închisă", demonstrînd în mod strălucit că fiecare dintre cele două emisfere ale creierului are propriul ei univers conştient.

BIBLIOGRAFIE

1. ABREZOL, R. : Sophrologie dans notre civilisation. Inter Marketing Group, Neuchatel (1973).

2. AJURIAGUERRA, J., GARCIA-BADARACCO, J., CAHEN, M.,: L'entrainement psychophysiologique par la relaxation. Considerations techniques et indications. In: "La relaxation" ouvrage collectif", Paris, Expansion Scientifique Francaise (1959).

3. BAGDY, E.: Relaxacios modszerek. In: Klinikai Pszichologia (Szerk.: Tariska I), OTKI Tovabbképzö Kiadvany, Budapest (1976).

4. BAUDOUIN, Ch. : Suggestion und Autosuggestion, Dresdan (1923).

5. CAYCEDO, A. : Progreses on sofrologia. Editorial Scientia, Barcelona (1967).

6. CAYCEDO, A. : Dictionnaire Abregede Sphrologie er Relaxation Dinamique. Ed. Emerge, Barcelona, (1961).

7. CHERTOK, L., L'hypnose les problemes theoretiques et pratiques la technique, 3 ed., Paris, Payot, 1965.

8. CSERNIKOVA, O.A., DASKEVICS, O.V. : Autogennaja Trenirovka. Methodicseszkij Kabinet, GCOLJFK, Moszkva (1967).

9. FRANKL, V., GEBSATTEL, V.E., SCHULTZ, J.H., Handbuck der Neurosenlehre und Psychoterapie, Bd. 1-5, Munchen, Berlin, Ed. Urban - Schwartzenberg, 1961.

lo. GRUNHOLTZ, G: Visualisierung psychodinamischer Prezesse durch die autogene Imagination. Praxis der Psychotherapie 2:75 (1971).

11. JACOBSON, E. : Progresive Relaxation Univ. of. Chicago Press, Chicago (1938).

12. KLEINSERGE, H., KLUMBIES, G., Technique of relaxation Self - relaxation, Bristol, John Wright, 1964.

13. MONSERRAT-ESTEVE, S: Tratado de Hipnosis-Sofrologia. Editorial Sciencia, Barcelona (1968).

14. MOUTON, N: Contribution a l'etude de la sophrologie. These. Univ. Montpellier (1972).

15. SCHULTZ, J.H. (196o), Das autogene Training, ed. lo-a, Stutgart, Thieme, 196o.

ACTIVAREA BARBITURICA A TRASEULUI E.E.G. IN SCHIZOFRENIE

C.Szücs, Gh.Grecu, Voichiţa Aşgian, Cs.Csiki

Este o metodă uşor incomodă deoarece prelungeşte durata înregistrărilor , rezultatele sînt mai greu evaluabile, necesită o pregătire auxiliară a mediului şi a asistenţei de anestezie-reanimare.

În literatură nu am găsit lucrări care să folosească această metodă pe un lot mai mare de bolnavi schizofrenici, probabil datorită inconvenientelor sus-amintite. Astfel, confruntarea părerilor despre potenţialele evocate de barbiturice şi despre importanţa şi originea lor în boala schizofrenică, nu este posibilă.

Părerile autorilor despre traseele activate sînt tot atît de variabile, de multe ori chiar contradictorii, ca şi în evaluarea traseelor înregistrate spontan.

Turan -Itil susţine că anomaliile constatate pe traseu în somn barbituric au o semnificaţie patologică în explorarea electrografică a bolii; totodată afirmă că există o strînsă legătură între anomaliile constatate pe traseu şi forma clinică a bolii. Bolnavii schizofrenici în narcoză pentothalică prezintă o activitate persistentă beta, deseori delta pe traseul EEK şi o fază de somn postnarcotic mai lungă şi mai adîncă decît la persoanele de control.

Pragul de acţiune al barbituricelor este prea jos la catatonici şi contrar, prea ridicat la bolnavii care au prezentat ritmuri rapide pe traseul lor spontan (Gastaut-Dongier).

Cu ocazia activătii traseului EEG la schizofrenici, Goldman a găsit mult mai multe unde rapide decît în alte psihoze, bufeuri de foarte mare amplitudine, asimetrice, asincrone; în unele schizofrenii acute, bufeuri teta difuze supravoltate.

Alţi autori au constata că schizofrenicii în somn pentothalic au reacţionat cu o creştere a activităţii la toate frecvenţele, în deosebi o creştere marcată a activităţii beta de mare voltaj (EY şi colaboratorii).

Căutînd corelaţia între anomaliile EEG activate cu Evipan şi sindroamele psihice neepileptice, autorii Nagy şi Kajtor găsesc că anomaliile traseului EEG aparţin morfologic epilepsiei. Astfel, ei pun în discuţie valoarea diagnostică a potenţialelor convulsive şi specificitatea lor în epilepsie, avînd în vedere că aceste potenţiale apar şi în alte sindroame, ca de pildă în schizofrenie. Autorii susţin că semnele comiţiale electroencefalografice neepileptice reflectă o tulburare de reglare cerebrală la baza

căreia stă în gen eral o leziune organică.

In activitatea barbiturică, la bolnavii schizofrenici pe traseul EEG apar vîrfuri pozitive (pozitiv spike phenomenon) de 6-14 c/s. Apariţia lor în somn barbituric este în strînsă legătură cu tulburările de comportament ale acestor bolnavi (Greenberg-Pollack).

La cercetările cu electrozi implantaţi, autorii au folosit pentru activare numai Fenobarbitalul şi Amitalul sodic şi au neglijat, din nefericire, barbituricele intravenoase. Constatarea este interesantă în privinţa localizării efectului, susţinînd că efectul Fenobarbitalul este predominant asupra structurilor corticale, iar al Amitalului sodic asupra celor subcorticale.

Trăsătura comună şi caracteristică a traseelor a fost creşterea frecvenţei şi,a amplitudinii la fiecare bolnav.

Inregistrările obţinute după injectarea de Fenobarbital au prezentat multe diferenţe caracteristice faţă de cele cu Amital. După administrare de Fenobarbital, cea mai frecventă modificare a fost efectul său predominant asupra conducerilor corticale. După administrarea Amitalului sodic, fusurile rapide barbiturice au fost clar prezentate în derivaţiile subcorticale.

In concluzie, Amitalul sodic are un efect profund asupra structurilor subcorticale, efect binefăcător în schizofrenii, iar Fenobarbitalul prin efectul său predominant cortical este amenajat în controlarea atacurilor epileptice generalizate.

Examinînd nivelul energetic al psihoticilor şi nepsihoticilor pe traseul EEG sub efectul Thiopenthalului şi Penthobarbitalului, autorii, în concluzie, consideră că bolnavii psihotici şi în special schizofrenii sînt mai sensibili faţă de barbiturice; la efectul sincronizat al acestora se constată o scădere a nivelului energetic, o fatigabilitate mai accentuată a sistemului nervos central.

Lucrarea noastră se bazează pe un număr de peste 3ooo de examinări electroencefalografice efectuate exclusiv în narcoză barbiturică intravenoasă în cazuri de schizofrenie, psihoze schizoforme şi alte forme de psihoze.

Devenind o metodă de rutină, efectuăm această investigaţie în toate formele de psihoze acute în faza lor de debut şi netratate încă, cu scopul descrierii şi comparării electroclinice a diferitelor forme de psihoze şi a modului lor de manifestare electrografică.

In concordanţă cu rezultatele mai multor autori bazate pe analiza traseelor spontane,

şi noi am constatat că majoritatea traseelor schizofrenicilor prezintă anomalii electrografice, însă sub o formă mai expresivă în narcoză barbiturică.

Aceste anomalii nu sînt specifice pentru schizofrenie, dar par a fi proprii acestei afecţiuni în formele sale de debut şi benigne (schizoforme, sindrom schizo-afectiv etc) şi se manifestă printr-o disritmie accentuată şi foarte neregulată în amplitudine, denumită de noi "dezorganizarea traseului EEG" şi ca dovadă aceste cazuri răspund excelent la electroşocuri cumulate (6-8 şocuri în patru zile), îşi recîştigă personalitatea psihică normală anterioară procesului (afirmaţia aparţinătorilor). Rezultat "bine fixat" cu psihotrope incisive în doze mici în combinaţie cu anxiolitice (napoton) pe durată.

Putem considera această dezorganizare a ritmului de fond barbituric ca o fragilitate mai accentuată a activităţii bioelectrice cerebrale ale schizofrenicilor şi că această fragilitate se poate pune în evidenţă sub o formă mai expresivă cu activare - barbiturică prin suprasolicitarea activităţii de coordonare a conştiinţei cu efectul deprimant, narcotic al substanţelor barbiturice. Această fragilitate este mult mai accentuată la cazurile de debut decît la cele cronice procesuale. Deci, această fragilitate a traseului EEG, ca expresie grafică a fatigabilităţii activităţii coordonatoare a sistemului nervos central, ar fi caracteristică pentru schizofrenie şi nu formelor de unde reprezentate pe traseu, care deşi pot fi patologice, nu sînt specifice pentru schizofrenie. Se poate însă presupune că o analiză prin computeri ar da ca rezultat şi caracteristici calitative şi cantitative semnificative sau chiar specifice.

Această dezorganizare, deşi nu conţine elemente specifice schizofreniei, nu apare într-o formă atît de accentuată în alte forme de psihoze. (In unele cazuri ale tulburărilor de comportament, în copilărie, pînă la vîrstă de 1o-12 ani, examenul EEG spontan arată deseori dezorganizări asemănătoare schizofrenicilor).

Anomaniile apar cu predominanţă în faza II-a a narcozei (faza a II-a, faza trecerii din stare de veghe la somn) şi mai rar şi mai puţin exprimate în somn adînc (faza III şi IV), somn aşa numit postnarcotic. In somn adînc, traseul prezintă caracteristicile corespunzătoare fazelor somnului barbiturice.

Aceste anomalii apar în 75 - 8o% a cazurilor din schizofrenie benignă (formă de debut) sau ale psihozelor schizoforme. In 2o-25% nu apar deloc, sau apar sub o formă mai puţin exprimată, mai puţin apreciabilă, sau apar şi în alte manifestări psihice patologice (ca tulburările de comportament la copii).

Dacă faza a II-a (de trecere la somn) este prelungită (peste 3o sec) plină de anomalii, ea pledează pentru forma acută a bolii şi în general reflectă un prognostic mai favorabil quo ad sanationem, o reactivitate mai bună la tratament.

Schizofreniile procesuale cronice nu prezintă o dezorganizare în această fază de "trecere" la somn.

In activitatea dezorganizată pot fi reprezentate toate formele de manifestare patologică ale activității bio-electrice cerebrale sub o formă mai puțin accentuată, mai expresivă sau degradată. (Vîrfuri lente, hipervoltate, grupate sau negrupate, unde lente, hipervoltate, dantelate sau degradate, poliforme).

Nu se poate diferenția numai pe baza traseului, în faza de debut, care dintre bolnavii cu manifestări schizofrenice vor deveni procesuali de tip cronic. Deci, nu putem pune diagnosticul diferențial numai pe baza traseului, între cazurile schizofrenice sistematice, procesuale în formă de debut, sau reacții, manifeste schizoide, schizoforme.

Cercetările noastre sprijină concepția noastră că starea alterată a conştiinței este fenomenul psihic care prezintă o corelație strînsă cu traseul alteral. Deci, dezorganizarea traseului ar fi expresia electrografică a dereglării, a fatigabilității activității coordonatoare a proceselor psihice care asigură integritatea conştiinței. Această fatigabilitate, dereglare a conştiinței, este reprezentată pe traseul dezorganizat al schizofrenicilor, cauzată de narcotice şi numai în faza de trecere la somn (faza II), dispărînd treptat şi complet în somn adînc , unde conştiința nu mai joacă nici un rol.

Componentele traseului dezorganizat se pot diferenția destul de uşor de manifestările caracteristice ale somnului barbituric. Este necesară însă cunoaşterea amănunțită a fazelor somnului barbituric reprezentate pe traseu şi o experiență cîştigată cu ocazia evaluărilor seriate ale traseelor.

LOCUL SUGESTIEI HIPNOTICE IN ARSENALUL TERAPEUTIC AL ALCOOLISMULUI CRONIC

E. Pantea, Gh. Grecu, E. Trozner

Aprecierea alcoolismului cronic ca o boală cu caracter tridimensional, somato-psiho-social, impune sporirea complexității și amplorii :. măsurilor terapeutice. Etiologia multidimensională, interacțiunea complexă a factorilor sociali, interpersonali și structurii personalității în cazul acestei boli, necesită instituirea unui proces terapeutic de îngrijire și reabilitare format din mai multe succesive. Restructurarea personalității alcoolicului este condiționată de obținerea unei abstinențe totale și definitive, deziderat ce impune la rîndul lui o mai autentică și eficientă relaționare a bolnavului.

In această perspectivă se înscrie rolul psihoterapiei, care rămîne un atribut constant al tratamentului alcoolismului.

In zilele noastre ne stau la dispoziție metode psihoterapeutice multiple, individuale și de grup, fără ca vreuna să aibă însă o eficiență absolută, de sine putere. Există însă o conduită psihoterapeutică, o strategie și o tactică elaborată pe baza cunoașterii situației , problemelor și personalității bolnavului, adecvată totodată și condițiilor muncii curative.

In condițiile asistenței extraspitalicești, instituirea abstinenței presupune și prescrierea unui tratament medicamentos alcătuit din medicamente somatotrope, de repulsie și psihotrope, în alegerea cărora se ține cont de forma clinică și intensitatea bolii, starea somatică și electivitatea personală. In această fază, se prevede deja începerea redresării personalității, întreprinderea unor intervenții psihosociale , pregătirea procesului de reabilitare. In cazul bolnavilor externați din clinică, după cura de dezalcoolizare, scopul psihoterapiei este menținerea și sprijinirea personalității, prevenirea recăderii sau instalării unei alte toxicomanii sau politoxicomanii, întărirea relațiilor sociale.

In fiecare fază a tratamentului se impune și o psihoterapie individuală sau de grup.

Hipnoterapia la alcoolici se împletește în mod particular cu istoria hipnozei. Datorită efectelor terapeutice prompte prin posibilitățile de acțiune directă și precipitată asupra simptomelor, hipnoza a fost considerată ca o metodă eficace în scopul realizării primului pas în tratamentul alcoolismului și anume: realizarea întreruperii consumului de alcool. Se cunoaște faptul că o bună parte a consumatorilor cronici de alcool sînt mai receptivi la acțiunea sugestiilor verbale, au o susceptibilitate hipnotică favorabilă care rezultă probabil din trăsăturile personalității alcoolicului, care deși nu conturează un tip special, prezintă totuși o fragilitate a construcției psihice, fiind de

o mare permeabilitate afectivă, evidenţiată prin instabilitate. RUTH şi FOX (1976) prezentau drept caracteristici: o toleranţă scăzută la frustrare, o imposibilitate de a suporta anxietatea şi tensiunea psihică în general, elemente depresive, un nivel scăzut de autoconsideraţie, precum şi un spirit critic redus.

Prima încercare hipnoterapeutică la alcoolici este legată în literatura de specialitate de numele psihiatrului francez VOISIN (1885). Din această perioadă datează şi aprecierile pozitive ale lui LAD, medic din Genf, şi ale medicului suedez WETTERSTRAND (1889).

Specifică pentru evoluţia procedeelor hipnoterapeutice în secolul nostru, este permanenta lor diversificare. Hipnoza (respectiv autohipnoza) este privită tot mai mult ca o verigă dintr-un sistem terapeutic complex, fiind aplicată în combinaţie cu alte procedee cum ar fi cele bazate pe tehnica desensibilizării sau de decondiţionare, cunoscute sub denumirea de terapie comportamentală, pe procedeele psihanalitice (hipnoanaliza) şi procedeele de autorelaxare. In acest sens menţionăm metoda "simbol-dramatică" a lui HCC. LEUNER şi tehnica "prin imaginaţie dirijată" a lui GRUNHOLTZ. EYSENCK şi WOLPE folosesc de preferinţă hipnoza prin intermediul tehnicii condiţionării. Acest fapt este oglindit şi în cazurile devenite celebre descrise de EYSENCK precum şi în rezultatele terapeutice rapide semnalate de WOLPE.

In zilele noastre este foarte răspîndită metoda combinării sugestiei hipnoterapeutice cu antrenamentul autogen, denumită hipnoză "fracţionată", iniţiată de K. BRODMANN în anul 1898 şi considerată de E. KRETSCHMER (1963) "un instrument extraordinar de însemnat şi multilateral, care poate cîştiga importanţă în viaţă". Astfel, prin intermediul antrenamentului autogen i se oferă hipnozei o şansă de reconsiderare şi i se deschide o nouă etapă de dezvoltare. Spre deosebire de hipnoza clasică, în care personalitatea insului era traversată de caracterul imperativ al intervenţiei psihoterapeutului, în hipnoza fracţionată se pune accent pe resursele bolnavului susceptibile de a fi dezvoltate prin exerciţii personale, realizîndu-se astfel o veritabilă autohipnoză. Astfel, prin metodologia sa, hipnoza fracţionată tinde la depăşirea sferei psihoterapiei, înscriindu-se în aceea mai largă şi de incontestabilă valoare terapeutică a psihagogiei. Pe fondul relaxării, realizat prin învăţarea în prealabil a antrenamentului autogen, bolnavul primeşte sugestii al căror conţinut este în directă legătură cu persoana lui şi care au ca scop obţinerea unei distanţări, superiorităţi şi indiferentism faţă de orice tendinţă morbidă, respectiv în cazul nostru faţă de consumul de alcool.

In cadrul L.S.M. din Tg. Mureş, hipnoterapia se practică pe un fond psihoterapeutic general, bazat pe o relaţie de nivel interpersonal cu bolnavul. Si în cazul sugestiei hipnotice, asemenea oricărei alte metode psihoterapeutice se ţine cont de structura personalităţii bolnavului, de factorii săi motivaţionali, de forţele psihodinamice şi punctele sanogenetice ale psihicului său. Am recurs la aplicarea hipnoterapiei în cazul alcoolicilor cronici atunci cînd am putut presupune o colaborare activă din partea pacientului, cînd cura de dezalcoolizare a fost contraindicată şi de multe ori după cura de dezalcoolizare efectuată la clinică, în scop de sprijinire, de mobilizare a tuturor forţelor personalităţii în vederea reabilitării. Bolnavii făceau parte preponderent din grupa alcoolicilor alfa sau beta şi mai puţin gama, după clasificarea lui JELINNEK.

La început, alcoolicii participau exclusiv la şedinţele de sugestie hipnotică. Ulterior i-am inclus şi în grupele psihoterapeutice de relaxare activă. Cu ocazia şedinţelor de sugestie hipnotică, în locul procedeului clasic cu inducţie directă, imperativă, am preferat metoda inducţiei indirecte, permisive, rezultatele fiind mai puţin propmte, dar mai durabile.

Durata tratamentului a fost de la 6 săptămîni pînă la un an. La început, şedinţele hipnotice au fost zilnice. Primele 4-5 şedinţe au constat din hipnorelaxare, care au avut ca scop crearea unei senzaţii de confort, anihilarea fenomenelor vegetative, a insomniei şi al altor acuze somatice. In această perioadă, bolnavii s-au obişnuit cu terapia, i-au înteles scopul şi chiar o cereau.

Sedinţele s-au desfăşurat în 4 etape:

1) inducerea somnului hipnotic;

2) administrarea sugestiei terapeutice;

3) trezirea;

4) convorbirea posthipnotică, în care s-au discutat trăirile subiective din cursul hipnozei, continuînd sugerarea discretă a celor administrate în timpul hipnozei.

In faza a doua se trece la elaborarea reacţiei adversive (greaţă, vomă) faţă de alcool. Paralel cu aceasta se efectuează "antrenamentul de înlocuire". Aceasta înseamnă că atunci cînd aversiunea este deja formată, sugerăm bolnavului senzaţia de sete (prin uscăciunea gurii, etc) şi îl determinăm pe bolnav să-şi imagineze băutura lui nealcoolizată preferată. Legăm ideea de a bea de senzaţia de sete, care numai prin băuturile nealcoolice preferate poate fi anihilată. Ne bazăm pe faptul că setea constituie un instinct foarte vechi, neanihilabil, iar mobilul principal al alcoolizării nu este setea. Astfel, la început, bolnavii beau prea multă apă sau sirop etc, dar aceasta este numai un fenome

tranzitoriu. Deci tendinţa "orală" persistă, dar subiectul ei se schimbă.

In cea de a II-a fază a terapiei am intercalat şi şedinţe individuale, după caz. In medie , după 30 de şedinţe, am trecut la şedinţe săptămînale de întărire, apoi lunare.

Date cazuistice

S.B., 35 de ani, inginer la Tg. Mureş, urmează tratament de 4 luni, participînd în prezent la psihoterapia de relaxare progresivă în grup şi la şedinţe săptămînale de sugestie hipnotică de întărire. Relatează că s-a prezentat pentru psihoterapie într-o stare psihică extrem de încordată. "Am simţit atunci un nod în stomac. Nu am acceptat ideea dezalcoolizării în cadrul spitalului. Eram aproape în pragul sinuciderii deoarece nu puteam să renunţ la consumul excesiv de alcool nici la insistenţele soţiei mele cu care pînă atunci mă înţelegeam foarte bine. Doream să plec oriunde, numai să pot să beau în voie. Ultima încercare era psihoterapia. După o lună de tratament m-am simţit deja schimbat în bine. De 2 ori s-a întîmplat să mai beau, dar am simţit remuşcări şi am mărturisit acest lucru terapeutului. Apoi greşelile nu s-au mai repetat. Am devenit vesel şi deliberat, atent cu toată lumea, s-au schimbat relaţiile cu superiorii mei de la serviciu. Mă simt din nou om".

N.M., învăţătoare de 42 ani, consumatoare excesivă de alcool de ani de zile."In ianuarie am fost internată la secţia de psihiatrie a spitalului din Tîrnăveni cu predelirium tremens. Din luna mai urmez tratamentul. Viaţa mi s-a schimbat. Nu doresc alcoolul. Mă înţeleg iarăşi cu soţul. Munca profesională îmi face plăcere. Mă pot bucura iarăşi de viaţă. Nu mi-am închipuit că voi putea trăi iarăşi astfel".

P.J., profesor de muzică la Cluj, de 46 ani; de mai multe ori a făcut cure de dezalcoolizare, dar a băut iarăşi. Ne relatează după prima şedinţă de hipnoză: "Parcă aş fi dormit . . . dar a fost plăcut. Am simţit senzaţie de greutate în corp, prima dată în picioare, apoi în mîini. Am visat ceva, m-am simţit foarte odihnit şi reîmprospătat. Era ca după somnul de după-amiază care durează 2-3 ore".

L.T., de 51 ani, maistru, după a 14-a şedinţă:

- Povestiţi-ne ce s-a întîmplat.

- Cred că am dormit, a fost un moment cînd mi s-a părut că nu şed ci stau culcat în pat, apoi iar am simţit că stau aici în scaun. Am simţit şi greaţă.

- De ce?

- Nu ştiu, dar mereu mi-e sete, mai ales acuma.

- Ce aţi dori să beţi?

- Numai apă.

- De ce?

- Apa îmi stinge cel mai mult senzaţia de sete.

- De unde ştiţi acest lucru?

- Aşa am observat şi aşa simt că apă îmi doreşte organismul.

Concluziile noastre bazate pe o experienţă de aproximativ 6 ani sînt următoarele:

Selecţionarea cazurilor are o mare importanţă; astfel am exclus toate cazurile unde hipnoza era contraindicată (atitudini foarte rezervate sau prea mare dependenţă), sau era inexecutabilă. Tratamentul era aplicat numai în cazul unei stări de conştiinţă integrată, cu capacitatea de concentrare şi funcţiile mnestice păstrate şi sugestibilitate bună. Are mare importanţă ca bolnavii să se prezinte benevol la tratament.

Sugestibilitatea creşte deja după prima convorbire comună, prin formarea proceselor de dinamică de grup. Bolnavii devin conştienţi că formează o colectivitate şi înţeleg sarcinile ce le stau în faţă. Ascultîndu-se reciproc, creşte participarea lor afectivă.

Sînt de preferat hipnoterapiile de grup, completate cu şedinţe individuale ori de cîte ori este nevoie (mai ales în faza a doua).

Numărul optim al participanţilor în grup este de 4-6 bolnavi.

Hipnoza ajunge la cea mai mare profunzime după aproximativ 12-15 şedinţe.

Discuţiile posthipnotice au o mare importanţă prin întărirea sugestiilor administrate în timpul hipnozei şi prin susţinerea dinamicii de grup.

Am constatat, că după o perioadă, deplasarea pentru terapie devine o îndeletnicire plăcută şi chiar aşteptată de către bolnav. De asemenea, bolnavii vin cu plăcere la şedinţele de întărire, le face bucurie să se reîntîlnească cu foştii colegi de grupă psihoterapeutică, precum şi cu psihoterapeutul care cunoaşte mai profund conflictele şi problemele lor.

Se menţine tot timpul şi legătura cu familia alcoolicului, stimulînd o atitudine severă dar totodată înţelegătoare din partea aparţinătorilor.

Dependenţa excesivă faţă de procedeu, respectiv terapeut, nu s-a instalat în nici un caz. Chiar dacă acest fenomen s-a manifestat în mod trecător în prima fază a tratamentului (hipnorelaxare), el a dispărut de regulă în faza ulterioară. In această fază deja, rezultatele obiective (persistenţa abstinenţei) şi trăirile afective pozitive legate de acest rezultat au consolidat încrederea bolnavului în forţele şi capacităţile proprii.

Completarea şi continuarea hipnoterapiei cu metodele psihoterapeutice de relaxare activă au contribuit în mod substanţial la desăvîrşirea reabilitării bolnavilor prin înlesnirea autocunoaşterii şi autostăpînirii.

Prin introducerea în ultima perioadă a metodei "hipnozei fracţionate", respectiv combinarea psihoterapiei prin sugestie cu antrenamentul autogen, tindem spre obţinerea unor rezultate de calitate superioară şi în mai scurt timp, dar mai de durată.

Rezultatele obţinute în cadrul procesului terapeutic trebuie apreciate într-un context mai larg, întrucît abstinenţa nu constituie singurul criteriu de succes, alături de aceasta înscriindu-se cu egală valoare adecvarea relaţională, eficienţa profesională, adaptarea familială şi echilibrul afectiv.

BIBLIOGRAFIE

1. ANDERSON, L., ANBETHIN, B., MURRAY, D.A: Comparison of relaxation methods for alcoholics; differential relaxation vs. sensory awareness. J. of. Behav. Techn. 8:393 (1973).
2. BAUDOUIN, Ch. : Suggestion und Autosuggestion. Dresdon (1923).
3. CHERTOK, L., L'hypnose, les problemes theoretiques et pratiques la technique, 3 ed., Paris, Payot, 1965.
4. Ellenberger, H.P., The Discovery of the Unconscious, the history and the evolution of dynamic psychiatry, New York, Basic Books, 197o.
5. GEORGIU, V., LANGEN, D., WELDENT, M: Einstellungen in dem autogenon Training und im Hypnosis. Zschr. fur Psychotherapie und. med. Psychol. Vol. 21. 4:129(1971)
6. GROSSA, G : Differences and similirities between autohypnosis and the autogenic training of Schultz. J. of the Am. Institute of Hypnosis. Vol. 12. 1:21 (1971).
7. KRETSCHMER, E: Gestufte Aktivhypnose. In: Handbuck der Neurosenlehre und Psychotherapie (ed. Frankl, V.E., Gebsattel, V.E., Schultz, J.H.) Urban und Schwarzenberg Verlag, LV. Band, Munchen (1959).
8. LANGEN, D : Autogenes Training und gestufte Aktivhypnose. Med. Klin. 6o:348(1965).
9. PREDESCU V. : Psihiatrie, ed. Med. Bucureşti (1976).
10. STOKVIS, B. : Suggestion. Allgemeine Uberlegungen zur Hypnose. In:Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie (ed. Frankl, V.E., Gebsattel, V.E,. Schultz, J.H) Urban und Schwarzenberg Verlag, Munchen (1959).

UNELE ASPECTE ACTUALE ALE CHIMIOTERAPIEI PSIHIATRICE

Gh. Grecu, Cs. Csiky, şi K. Szücs

Am ales această temă pentru că ea caracterizează în mod pregnant faza actuală a dezvoltării farmacoterapiei psihiatrice. Numărul mereu crescînd al noilor droguri psihoactive care influenţează metabolismul cerebral, a contribuit fără îndoială, la mari progrese şi îmbunătăţiri ale posibilităţilor noastre terapeutice. Medicaţia psihotropă nu mai poate lipsi din practica noastră psihiatrică şi ea de fapt se extinde şi în tratamentul altor discipline medicale.

Dezvoltarea chimioterapiei psihiatrice a dat un impuls puternic găsirii unor metode noi şi precise de experimentare clinică şi pe animale a medicamentelor psihotrope, în vederea valorificării eficienţei lor terapeutice, cunoaşterii metabolismului cerebral şi a patogenezei unor maladii psihice, ceea ce a contribuit şi la adîncirea cunoştinţelor noastre în domeniul maladiilor psihice. Astfel, putem spune că psihofarmacologia a devenit un domeniu de activitate şi de cercetare din ce în ce mai independent şi de sine stătător (disciplină aparte). Această dezvoltare a atins totodată un stadiu care obligă la includerea în studiu a numeroase ştiinţe de bază şi la amplificarea crescîndă a conlucrării interdisciplinare.

Mult timp, dezvoltarea psihofarmacologiei s-a caracterizat prin studierea cu succes a efectelor dorite ale psihotropelor, cunoaşterea lor cantitativă şi calitativă în vederea dozării lor eficiente, precum şi a comparării eficienţei dintre ele. Mai putin sistematic şi temeinic au fost studiate efectele secundare şi riscurile nedorite ale psihotropelor şi în special cele ale tratamentelor îndelungate fără efecte secundare vizibile.

In ciuda tuturor progreselor, trebuie să constatăm că nici-unul din medicamentele psihotrope cunoscute pînă în prezent nu acţionează cauzal. Astfel, nu cunoaştem nici astăzi vreun drog cu efect antischizofrenic, antimaniacal veritabil. In cel mai bun caz, prin intermediul lor se influenţează factorii patogeni care încă nu au putut fi izolaţi. Toate medicamentele psihotrope, indiferent dacă sînt administrate oral sau parenteral, pătrund în organismul întreg, deci în mod obligatoriu şi în structurile S.N.C., fapt ce ne interesează în mod deosebit.

O altă problemă este cît de central sau regional se produc acele schimbări pozitive sau negative ale metabolismului cerebral, sau dacă se întîlnesc şi alteraţii diferenţiate în ţesuturi. In cele din urmă se presupune că nu toate schimbările survenite în S.N.C.

sînt fiziologice şi mai ales în cazurile în care bolnavii psihici vin cu o fenomenologie psihopatologică generată deja de unele modificări organice sau cu un metabolism modificat.

Atribuirea unor efecte condiţionate de medicamente anumitor subsisteme ale creierului, de exemplu sistemului limbic sau formaţiei reticulate nu este lipsită de multe ori de un anumit schematism sau este influenţată de curente la modă. Pe de altă parte, există aici contribuţii importante şi interesante care nu ar trebui să fie neglijate. Astfel, studiile autoradiografice realizate de HOFF şi ECKERT (1968-1969) şi ECKERT şi HOFF (1969) arată clar modele diferenţiate de distribuţie a diferitelor substanţe psihoactive marcate în creierul şobolanului, dar abia se pot recunoaşte corelaţii convingătoare în comparaţie cu "densitatea numerică a celulelor nervoase, densitatea de volum a celulelor, densitatea capilară, conţinutul de enzime oxidative , rata de pătrundere a acidului aminic marcat şi multe alte date clinice şi histochimice". După cercetările lui HOFH şi HOFMANN (1968) , eficienţa terapiei cu neuroleptice cuprinde factori accidentali şi patoplastici, nu însă şi acel factor de metabolism care este considerat de autori, ca "noţiunea corelativă biochimică pentru genotipul schizofreniei". SOMMER şi QUANDT (197o), trag din cercetările lor morfologice, şi anume: "tratarea pe timp îndelungat cu clorpromazin în experienţa pe animale", concluzia că prin "factorul distrugător al ţesuturilor se creează în psihiatrie stări de defect organic-cerebral condiţionate de terapie, care indică în aparenţă o îmbunătăţire sau o aşa-numită vindecare".

LAMBERT (1971) a încercat să cuprindă posibilităţile dăunătoare ale unor neuroleptice pe baza observaţiilor clinice şi a sistematizării lor în efecte primare şi secundare şi să limiteze "sindromul neuroleptic". Atît observaţiile acestui autori, cît şi celorlalţi autori citaţi, duc la doi factori care interesează mai mult problema dozării şi problema duratei de folosire a medicamentelor psihotrope. Supradozarea are efecte toxice ce pot recunoaşte deja după administrarea în clinică în timp scurt, sau chiar şi după o experimentare temeinică . Dozele mai mari , folosite temporar în S. U. A. de exemplu al Clorpromazinei, care depăşeau un gram, au dus la efecte secundare, care în general nu se observă la dozele mici, cum sînt: hiperpigmentarea pielii, stocarea de pihmenţi în ochi. In S. U. A. au fost descrise chiar cazuri de deces clorpromazinic - după doze mari şi administrări îndelungate. Asemenea observaţii au fost făcute şi la alte derivate fenotiazinice ca flufenazina şi trifluoperazina, unde s-a administra' doze mari pe timp îndelungat. Fotosensibilitate,leucopenie, agranulocitoză şi provocarea

unor accese de epilepsie au apărut şi după o scurtă perioadă de tratament. Mult mai greu se pot aprecia efectele dăunătoare ale unor tratamente de lungă durată cu psihotrope. La o doză mică nu prea au loc intoxicări acute, trebuie chiar să dezbatem ipoteza, că atunci cînd nu apar efecte secundare vizibile, ne putem aştepta la daune ireversibile în cadrul ţesuturilor, cum au fost de SOMMER şi QUANDT.

Practica clinică simte nevoia de a omite pe cît posibil efectele secundare, fără a îngrădi eficienţa terapiei. Tocmai de aceea este necesar ca dozarea să fie suficient de ridicată ca să producă efectul terapeutic dorit şi să fie suficient de mică ca să evite efectele secundare nedorite. Din nefericire, cele două domenii se întretaie de cele mai multe ori în mod considerabil. Sîntem nevoiţi să facem un compromis. Compromisul însă nu este o terapie absolută, ci numai relativ optimală.

Intenţia unei optimizări mărite, a cărei necesitate o recunoaştem, dă naştere la o permanentă căutare de medicamente noi ale căror efecte secundare nedorite să fie tot mai reduse, dar cu toate acestea, ele sînt de aşteptat şi necesită să fie urmărite odată cu administrarea preparatelor. De fapt, la fiecare preparat nou ne lipsesc experienţele necesare. In ultimul deceniu au apărut o serie de neuroleptice "depot", ca rezultat a numeroase cercetări în vederea îmbunătăţirii terapiei psihiatrice. Dar, şi aici se ivesc două cerinţe opuse: durata tratamentului să fie suficient de lungă ca să corespundă evoluţiei maladiei, şi în acelaşi timp să nu fie mai lungă decît este neapărat necesar, pentru că numai astfel se pot evita efectele şi leziunile secundare.

Desigur, nu este întîmplător că azi se încearcă în mai multe centre din lume o evoluare critică a terapiei medicamentoase şi este îmbucurător faptul că nu este vorba despre o critică negativă care să contravină unei perseverente perfecţionări a terapiei psihotrope. Dimpotrivă, toţi autorii exprimă părerea că toate eforturile trebuie îndreptate spre îmbunătăţirea ei. Nu la fel de unitare sînt însă concluziile şi părerile asupra modalităţilor de tratare practică a diferitelor maladii psihice. Se atrage atenţia şi asupra unei supraestimării factorilor de risc. Astfel, GRÜYZ şi BACH (1974) sînt de părere (din p.d.v. socio-psihiatric), că "psihiatrul ar fi în pericol ca din teamă faţă de unele posibile efecte secundare, neobiectivate şi nedefinite încă clinic exact, să trateze prea puţin timp şi prea puţin intensiv unele cazuri de bolnavi psihici acuţi sau cronici. Autorii pledează pentru o terapie biologică intensivă a psihozelor, prin intervenţii rapide, electroterapie iniţială într-un număr cît mai mare, pe lîngă un tratament neuroleptic în doze mari. Ei sînt de părere că dozele mici care se întîlnesc în practică

nu numai că nu ar fi eficiente, ci ar fi chiar periculoase.

Cum ieşim din această dilemă? Noi sîntem de părere că declaraţiile unilaterale ale punctelor de vedere nu constituie o soluţie definitivă. Sînt necesare studii temeinice şi sistematice cu privire la efectele secundare şi la alte complicaţii terapeutice condiţionate de dozare, etc. Actualitatea diferitelor preparate este foarte diferită. Un preparat poate să-şi piardă şi atunci actualitatea cînd, în ciuda eficacităţii dovedite, efectele secundare nu pot fi acceptate, şi mai ales atunci cînd un alt preparat, cu aceleaşi efecte terapeutice, are o fenomenologie secundară mai redusă. In actualitate pentru terapia practică revin în sfîrşit grupele de medicamente care promit şi pe mai departe o dezvoltare pozitivă sau se dovedesc utile în adaptarea lor la trebuinţele unei asistenţe psihiatrice spitaliceşti şi ambulatorii adecvate cerinţelor moderne, sau în alte forme importante de terapie, ca: terapia ocupaţională , socioterapia etc.

Dincolo de tradiţionala testare farmacologică şi clinică, ar trebuie găsite o cale prin care să fie înregistrate toate efectele secundare , chiar şi cele rare, şi să se studieze cauzele. Lipsesc constatările precise despre tulburările endocrine şi vegetative care apar relativ frecvent în urma unor terapii neuroleptice de lungă durată, ca de pildă: galactoreea, ginecomastia, frigiditatea, tulburări de ciclu menstrual, impotenţa, hipertermia, etc.

O folosire necritică a psihotropelor poate în astfel de cazuri să acopere nu doar relaţiile cauzale, ci să ducă la efecte neaşteptate. De aici, pentru psihiatrii rezultă sarcini de mare responsabilitate în prescrierea terapiei psihotrope. Am observat şi noi în cîteva cazuri , după un tratament scurt cu doze mici de clordelazin şi trifluoperazină apariţia rapidă a sindromului Parkinsonian şi chiar a fenomenului de dischinezie tardivă, distronii, hiperkinezii, etc.

Problema administrării concomitente a medicaţiei antiparkinsoniene în cursul curelor neuroleptice rămîne totuşi controversată. SINGH şi KAY afirmă că aplicarea lor de rutină este nu numai inutilă, ci chiar contraindicată, deoarece ele pot diminua eficienţa terapeutică a neurolepticilor. In altă ordine de idei, există tot mai multe dovezi că în dezvoltarea dischineziilor tardive, un rol cel puţin hotărîtor (dacă nu exclusiv) îl joacă antiparkinsonienele. După părerea majorităţii autorilor, cura neuroleptică de lungă durată, prin inhibiţia dopaminergică produce o denervare chimică în sistemul nigro-striat. In mod paradoxal, această denervare va avea drept consecinţă o hipersensibilitate a repeptorilor faţă de dopamină (hipersensibilitate de denervare).

fapt dovedit experimental prin creşterea în sistemul striat al locusurilor capabile de a lega dopamină. Hipersensibilitatea receptorilor dopaminergici tulbură echilibrul normal între sistemul dopaminergic şi cholinergic, ceea ce duce la un surplus relativ dopaminergic în sistemul nigrostriat. Astfel, dischinezia tardivă ar fi o stare contrarie bolii Parkinson, în acest ultim caz fiind vorba de o lipsă de dopamină cu un surplus relativ cholinergic, juvantibus, administrarea clorurei de cholină ameliorează vizibil simptomele dischineziei tardive. Pornind de la aceste considerente, credem că administrarea medicaţiei antiparkinsoniene trebuie să fie făcută cu mare prudenţă, în dozele minime eficace, sau sub formă intermitentă în cazul neurolepticelor depot (administrăm numai în primele 3-4 zile după administrarea neurolepticului).

Prin aceste observaţii am dorit să exprimăm doar faptul că factorii de risc a psihofarmacoterapiei şi problemele care decurg din ele nu deţin o preocupare de bază din partea noastră şi că fiecare preparat pe lîngă eficacitatea sa terapeutică prezintă şi unele riscuri mai mult sau mai puţin evidente. In general, schimbările metabolismului cerebral pot să producă simptome psihice şi neurologice nedorite, dar tot aşa de bine pot contribui şi la înlăturarea lor. Sarcina noastră se rezumă la crearea tuturor premizelor pentru a ne putea apropia cît mai mult de eficacitatea terapeutică maximă, chiar dacă uneori ne aflăm între cei doi monştri marini cu chipuri de femei din mitologia antică: Scylla şi Charybdis.

In concluzie, evidenţiem faptul că ultimele trei decenii se caracterizează printr-o bogată şi variată gamă de produse psihotrope, produse care odată cu revoluţionarea metodelor farmacologice au contribuit din plin şi la umanizarea terapiei bolilor psihice. Introducerea chimioterapiei psihotrope în clinica psihiatrică constituie o linie de graniţă evidentă între metodele terapeutice anterioare, punînd bazele unui program terapeutic mult mai flexibil care a umanizat spitalele de psihiatrie, creînd şi posibilitatea dezvoltării lor în instituţii cu "uşi deschise".

Dar, cu toate aceste progrese şi în ciuda rapidei dezvoltări a psihofarmacologiei, nu există pînă azi nici un medicament neuroleptic sau timoleptic care să acţioneze şi să influenţeze în mod direct asupra cauzelor (necunoscute sau cunoscute) ale diferitelor maladii psihice. După nenumărate studii şi observaţii , autorii susţin că "aproape toate psihotropele influenţează nefiziologic metabolismul cerebral şi că astfel, temporar se schimbă caracterul şi dezvoltarea unor boli psihice sau se "înăbuşe simptomele lor".

In acelaşi timp e necesar să amintim că fenomenele secundare nedorite şi sub dife-

rite forme, se întîlnesc foarte frecvent. Dar în multe studii, tocmai pornind de la aceste efecte secundare s-au putut forma unele ipoteze cu privire la diferitele puncte de atac la nivelul S.N.C. (metabolismul cerebral). Cu toate că asociem o medicaţie antiparkinsoniană, am observat şi noi în multe cazuri efecte secundare nedorite şi destul de supărătoare, atît pentru bolnav cît şi pentru anturajul său, motiv pentru care a trebuit să întrerupem administrarea lor şi nu în rare cazuri aceste efecte de imregnare neuroleptică au fost de lungă durată, iar azi, în literatura de specialitate, se discută destul de frecvent despre rolul neurolepticilor în "dischinezia tardivă".

BIBLIOGRAFIE

1. AYD, F.J. - Neuroleptics and their Side Effects. R.R. Squibb. 1978.
2. BALDESSARINI, R., GELEMBERG, A., LIPINSKI, J. - Grams of antipsychotics? N.Engl.J.Med., 294, 2:113, 1976.
3. BAN, T.A., PECKNOLD, J.C. - Other antipsychotic agents. In:Usdine, E. Psychtherapetic drugs. New York, M.Dekker Inc. 1977 (pag.971-1o55).
4. BECKMANN, H. - Tranquilizer und Sedative in der Praxis. Therapiewoche, 27:133o-42, 1977.
5. BENKERT, O., HIPPIUS, H. - Psychiatrische Pharmakotherapie., Springer, Berlin, 1976.
6. BETENCOURT, N. - Effets metaboliques des neuroleptiques. Actualites Psychiat, 72, 3:7-13, 1972.
7. BLACKWELL, B. - Antidepressant drugs. In:Side effects of drugs annual 2, Edited by M.M.G.DUKES, Excerpta Med., Amsterdam, 1978 (9-14).
8. BOBON, D.P., JANSSEN, P.A.J., BOBON, J. - The Neuroleptics, Karger, Basel, 97o
9. BOULENGER, J.P. et BRION, S - Interaction alcool-medicaments psychotropes, Encephale, II : 325-34o, 1976.
10. BOURGEOIS, M., TIGNOL, J., DAUBECH, M.J et IMBERT, D. - Les dyskinesies tardives des neuroleptiques, Bordeaux Med., 9, 28:2275-2284, 1976.
11. COLONNA, L. - Effets paradoxaux des neuroleptiques. Encephale, II:197, 1976.
12. DENIKER, P. - La psychopharmacie. Que sais-je? P.U.F, Paris, 1969 (p.126).
13. DIEPART E., COTTEREAU, M.S. et DENIKER, P. - Les dyskinesies tardives des neuroleptiques., Encephale, V:317-337, 1979.
14. DUNLEAVY, D.L.F. - Phenelzine and oedema., Brit.med.J. 1:1353, 1977.
15. ECKMANN, F. - Zur problematik von damerschaden nach neuroleptischer laugzert behandelung., Ther, Gqw., 1o7:316-323, 1968.
16. EDMOND, H., SIMPSON, M.G. - Tardive Dyskinesia and Abnormal Tongue Movements., Brit.J.Psychiat., 139:526-8, 1981.

17. FANN, W. E., SULLIVAN, J. L., RICHMAN, B. W. - Dyskinesia associated with tricyclic antidepressants., Brit. J. Psychiat., 128:49o-3, 1976.

18. GARDOS, G., COLE. J. O., LABRIE, R. A. - The assessement of tardive dyskinesia Arch. Gen. Psychiat., 34:12o6-12, 1977.

19. GAUDEAU, S., DERRIDA, J. P., TILLEMENT, J. P., VERMANT, P. - A propos d'un cas de myocardiopathie avec hypothiaminemie agravee par l'imipramine, Arch. Mal. Coeur, 69:1o83, 1976.

2o. GRECU, G. şi EUGENIA STANCIU - Fenomene extrapiramidale în tratamentul cu neuroleptice. Revista Medicală, 16, 2:152-6, 197o.

21. HIPPIUS, H. - Psychopharmaka - Fortschritt oder Gefahr? In: Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. Springer. Verlag, Berlin, 1978.

22. KALES, A. - Chronic Hypnotic - Drug Use., J. A. M. A., 227, 5:513-7, 1974.

23. LAMBERT, P. A. - Le syndrome neuroleptique. Encephale, LX, 4:335-49, 1971.

24. LOO, H., ZARIFIAN, E. - Limites d'efficacite des chimioterapies psychotropes, Masson, Paris, 1977.

25. MAYER-GROSS, W. - Psychische Wirkungen chemischer Substanzen und ihre psychiatrische Anwendung., Klin. Wschr., 37:53-9, 1959.

PSIHOPROFILAXIA DELINCVENTILOR JUVENILI CU TULBURARI DE AFECTIVITATE

Stanciu Eugenia, Gh. Grecu, Aşgian Voichiţa, K. Szücs

Tulburările de comportament, de inadaptabilitate şi de delicvenţă juvenilă, sînt încă în creştere. De aceea, în lucrarea de faţă ne-am propus să prezentăm aspecte psihoprofilactice ale unor categorii de delincvenţi juvenili, la care fenomenologia delinctuală este strîns legată de tulburările de afectivitate.

In practica expertizelor psihiatrico-legale ale delincvenţilor juvenili, pe un material constituit din 86 delincvenţi infanto-juvenili, am putut releva 4 tipuri de profile afective, care corespund la 4 tipuri de comportamente şi de răspunsuri în cursul consultaţiilor. Avînd în vedere tendinţa de creştere a delincvenţei infantile, în vederea psihoprofilaxiei cît mai eficiente a acesteia, ne- am îndreptat atenţia spre studiul intrinsec al cauzalităţii delincvenţei, prin aprofundarea unei funcţii foarte labile în maturizarea funcţiilor psihice ale copilului - afectivitatea. In acest context, comportamentele şi răspunsurile sînt strîns legate, bine înţeles , mecanismele de adaptare şi apărare sînt determinate prin obiceiuri., atitudini, sentimente şi condiţionările familiare sau educative foarte adînc implantate la un subiect începînd din fragedă copilărie şi perpetuate pe tot parcursul vieţii.

Vom descrie în cîteva cuvinte fiecare din aceste categorii de perturbări ale afectivităţii:

1. - Delincventul cu anxietate marcată.

Se consideră şi acceptă în general că anxietatea este o perturbare afectivă care nu se vede. In realitate, aceasta se citeşte uşor şi imediat din privire, expresie şi gesturi. Această manifestare apare la subiecţii timoraţi, terorizaţi, total îngroziţi, tulburaţi sau inhibaţi în timpul consultaţiei. Transpiraţia şi tahicardia sînt constante. Copilul nu vorbeşte decît cu glas scăzut, nu înţelege ceea ce este întrebat şi de frecvente ori nu aude ceea ce i se spune (surditate psihică). Anxiosul este un zbuciumat cronic, care se stăpîneşte şi se consumă. El îşi roade unghiile, se frămîntă permanent. La unii copii putem găsi angoasă cu o somatizare a anxietăţii; de asemenea putem descoperi aceleaşi tulburări la unul sau la ambii părinţi sau simplul fapt că sînt nervoşi, fac scene familiare, scandaluri sau că prezintă o maladie cronică, ulcer, astm, dermatoză, maladii ovariene.

Nu este excepțional faptul că aceste categorii de copii (predispuși la o nevroză anxioasă), care suferă și rabdă mult și sînt de cele mai multe ori foarte inteligenți, solicită prin modalități de expresie verbală, sprijin psihoterapeutic.

2.- Copilul perfecționist este opozant la consultație, încăpățînat, închis, autist. Conversația lui este reținută, are o atitidune distantă, un surîs semnificativ de superioritate, nu recunoaște gravitatea problemelor care-l preocupă, răspunzînd fără ezitare prin da sau nu. Acești subiecți imaginează chestionări impersonale și necompromițătoare. Ei nu doresc decît să se debaraseze cît mai repede de consultație. Sînt din toate punctele de vedere rigizi. Examenul fizic este dificil de efectuat, imposibil sau refuzat. El ține să-și impună despre el o imagine ireproșabilă. Hiperconștiincioși, deseori primii în clasă sau printre primii, sînt din păcate în dezacord cu educatorii, legislațiile, în opoziție cu părinții.

In spatele acestora se ascunde foarte bine în realitate, o angoasă profundă, refulată, puțin conștientizată. Această angoasă, care predispune subiecții la o nevroză sau maladii psiho-somatice mai mult sau mai puțin grave, nu este util a o transpune în conștient. Climatul familial, în aceste cazuri, este imaginea copilului. El este fără reproșuri dar el nu este fără trăiri de teamă. Se poate chiar considera că perfecționismul este baza fricii, iar sinceritatea concretă interzisă în mod conștient.

3. - Copilul instabil, prezentînd o psiho-motricitate perturbată. El pipăie fiecare lucru de la intrare, este tot timpul agitat în timpul examinării, nu știe unde să-și așeze mîinile, picioarele sau îmbrăcămintea. El prezintă semne numeroase de dezorientare și confuzie. Se așează oriunde și oricum., se culcă invers pe canapeaua de examinare. Nu poate fi atent, este împrăștiat. Este instabil și sub aspectul vieții școlare. In antecedentele se relevă un traumatism grav la naștere sau în prima copilărie, sau condiții familiare foarte deficitare, cu părinți mai mult sau mai puțin inconstanți, inexistenți, sau aproape permanent absenți de acasă sau care nu au putut facilita o structurare psihică normală și de achiziționare a unei stabilități psiho-motorii.

4.- Copilul agresiv ne apare cu un comportament excesiv de familiar, vorbăreț, neascultător, gălăgios, avînd un aspect hipomaniacal, expresiv; el își expune cu plăcere problemele sale într-un limbaj plin de exuberanță, deoarece problemele conflictuale sînt lipsite de importanță pentru el. Comportamentul și cuvintele lui sînt arogante și provocatoare. Este categoria de copii cel mai frecvent întîlnită între delincvenți.

Prin aprofundarea studiului personalităţii acestor copii ei se prezintă prin prisma psihanalitică aproape în totdeauna anumite grade de autoacuzare. In limbajul uzual, aceasta înseamnă că aceşti copii reclamă şi chiar pretind o "palmă" bine aplicată sau chiar alte pedepse. Din păcate, în majoritatea cazurilor nu există în jurul lor persoane capabile să le satisfacă întrebările şi exigenţele. Acest lucru demonstrînd un aer autoritar nu poate fi influenţat. Aceşti copii care de cele mai multe ori nu pot fi satisfăcuţi în pretenţiile lor, sînt ei înşişi frustraţi. Aceştia prezintă la un moment dat o stare de decepţie şi fac totul pentru a obţine o satisfacţie, chiar dacă aceasta reprezintă o pedeapsă , ceea ce provoacă un cerc vicios. Aceşti copii prezintă o formă de anxietate agresivă, dar nu aşa de paralizantă ca cei descrişi la grupul II. Ei sînt nedisciplinaţi, apreciaţi ca insuportabili, puţin elevaţi de către părinţii lor, care uitînd că ei sînt direct răspunzători de acest lucru.

Acest tip de copii nu se bucură în general de nici-o simpatie din partea educatorilor, au în mod inconştient o trăire mai mult sau mai puţin accentuată de frică, faţă de ei. Ei perturbă o clasă întreagă prin excesul lor de vitalitate. Prin refulările care apar la ei în ultimele clase, devin orgolioşi. In această categorie pot exista copii foarte simpatici, cu o bogată fantezie, creatori în toate domeniile, originali, cu o manualitate deosebită, cu vocaţii artistice, ştiinţifice sau foarte inteligenţi.

Profilul afectiv al acestora corespunde unei constelaţii familiale aparte. Din acest punct de vedere s-au putut observa 2 tipuri de atmosfere familiale, total opuse. Poate exista o atmosferă familială tiranizantă, care dă un prost exemplu pe plan moral şi pe planul igienei mintale, sau din contră, un mediu familial cu aspect normal, care însă ajunge la o autoasfixiere afectivă.

Această încercare de aprofundare a afectivităţii , una dintre cele mai labile funcţii în maturizarea funcţiilor psihice ale copilului, ne-a facilitat posibilităţile de explicare intrinsecă a delincvenţei juvenile, precum şi aplicarea măsurilor psiho-profilactice în vederea reducerii ei.

In mod rezumativ, măsurile psiho-profilactice vizează 2 aspecte: cunoscînd în mod aprofundat tulburarea afectivităţii, premisele unei psihoterapii individuale cu copilul, sau de grup cu categorii asemănătoare din punct de vedere psihic, sînt cele pe care le considerăm de cea mai mare eficienţă. Această psihoterapie o considerăm totodată indispensabilă şi părinţilor. Pe de altă parte, cunoscînd faptul că toţi copii sînt încadraţi în mediul şcolar, se impune cadrelor didactice de la toate nivelele, o fină şi atentă

cunoaştere a psihologiei vîrstei şcolare, pentru a putea observa din primele momente orice fel de dizarmonie comportamentală şi afectivă, avîndu-se în vedere faptul că eficienţa profilaxiei este net superioară oricărei modalităţi de tratament în cazul unei suferinţe psihice odată declanşată.

BIBLIOGRAFIE

1. BLEULER, E. - Allg. Z. Psychiat. 84:22, 1926.
2. DANESCU Gh. şi TOMORUG E. - Probleme judiciare de Psihiatrie. Ed. Medicală, Bucureşti, 1973.
3. FREEDMAN, M.A., KAPLAN, I.H., SADOCK, J.B. - Comprehenvise Textbook of Psychiatry, Williams, Wilkins, Baltimore, 1978.
4. GILBERT, A.R. - Der mensch als Intentionali tätsgefüge, Barth, München, 1958.
5. GLAZEL, J. - Psychiatria Clinica, Basel, 3:1-18, 1970.
6. JASPERS, K. - Allgemeine Psychopathologie., Springer, Berlin, 1965.
7. KAHN, E. - Die psychopathischen Personlichktein, In:O Bumke Handbuch der Geisteskrankheiten, Springer, Berlin, 1928.
8. PAULEIKHOFF, B. - Personlichkeit und Situation in Diagnostik und Therapie Karger, Basel, 1968.
9. PREDESCU, V. - Psihiatrie, Ed. Med. Bucureşti, 1976.
10. SCHNEIDER, K. - Klinische Psychopathologie, Thieme, Stuttgart, 1959.
11. SLATER, E., ROTH, M. - Clinical Psychiatry, Bailliere Tindall, London, 1977.

TERAPIA NEUROLEPTICA SI DISCHINEZIILE TARDIVE

Gh. Grecu, Cs. Csiky, K. Szücs, V. Aşgian, M. Grecu Căreanu

Nu trecuseră nici 7 ani de cînd Henry Laborit a descris, în 1952, sub denumirea de "Un neuveau stabilisateur neurovegetatif", clorpromazina, ca un alt autor, Schoenecker, să descrie, în 1957, sindromul dischinetic ca rezultat al utilizării prelungite a preparatelor neuroleptice. Acest interval de 5 ani demonstrează caracterul relativ tardiv al instalării dischineziilor după instituirea chimio-terapiei neuroleptice.

Descrierea dischineziei tardive secundare terapiei neuroleptice s-a adăugat altor fenomene secundare observate destul de frecvent în această terapie, ca de pildă: efecte extrapiramidale de tip parkinsonian, efecte neurovegetative şi altele de mai mică importanţă.

Aceste efecte secundare, cu o apariţie destul de apropiată de începutul administrării neurolepticelor, au fost mult timp interpretate de numeroşi autori ca argumente indirecte ale eficienţei terapeutice şi ca atare se urmărea chiar inducerea lor, ipoteză care a fost infirmată de practica clinică şi în consecinţă s-a trecut la asocieri medicamentoase în scopul prevenirii fenomenelor secundare neplăcute atît pentru bolnavi, cît şi pentru anturaj.

Datorită faptului că dischinezia tardivă, prin manifestările ei prelungite, adesea chiar ireversibile, îngreunează sau împiedică integrarea armonioasă socio-profesională a bolnavilor, ea suscită un interes deosebit din partea psihiatrilor, din a căror observaţii şi publicaţii se desprind tendinţele elucidării patogeniei obscure şi bineînţeles a posibilităţilor de prevenire şi înlăturare a sindromului descris de Schoenecker.

După un tratament cu neuroleptice, Sigwal a descris 4 cazuri de dischinezie facio-buco-linguo-masticatorii cu evoluţie prelungită. In 196o, Urerand şi Faurbye, abordînd aceleaşi aspecte, se referă la dischinezia reversibilă şi ireversibilă instalată după unele tratamente cu perfenazină, clorpromazină, rezerpină, combinate cu convulsioterapie.

Ayd în 1967, abordează unele aspecte ale dischineziei persistente pe care o consideră o complicaţia neurologică secundară administrării de trachilizante majore, în timp ce în 1968, Crane, pe baza observaţiilor proprii şi din literatura de specialitate, face o descriere a celor mai importante particularităţi ale dischineziei tardive farmacogene.

Fără a-i putea trece în revistă, foarte mulţi autori, în ultimul deceniu (Klavans,

1973, 1975; Bourgedis, 1976, 1977; Vilieneuve, 1969, 197o, 1978; Simpson, 1978; Gibson, 1978; Gerlach, 1979; Jackson, 1979; Jeste , 1979; Knights, 1979; Tirer, 198o; Kazamatsuki 198o; Smith, 198o; Casey, 198b; Bobruff, 1981, etc) au publicat numeroase studii asupra acestei teme şi asupra diferitelor ei aspecte, ca de exemplu: descrierea sindromului dischinetic şi diferenţierea formelor sale clinice, etippatogenic, evoluţie şi terapie. Din aceste lucrări se desprind ipoteze interesante referitoare la rolul balanţei dopaminoacetilcoline, rolul blocajului receptorilor dopaminergici, realizaţi prin neuroleptice şi consecinţa sa: hipersenzivitate de denervaţie, rolul hormonal, rolul vîrstei şi al sexului, eficienţa terapeutică a unor droguri, etc.

Cu toate aceste studii, actualmente putem afirma că patogenia dischineziilor tardive este încă neelucidată şi destul de obscură. In prezent, prin dischinezie tardivă (termen introdus în 1964 de Faurbe), se înţelege un sindrom bine delimitat, ale cărui caracteristici particulare se rezumă la:

- manifestări extrapiramidale tardive, realizate prin dischinezii orale asociate sau nu cu fenomene coreiforme;
- farmacogenia lui neuroleptică, care însă nu cedează odată cu încetarea administrării lor;
- neameliorarea ci din contră chiar agravarea lui la administrarea de antiparkinsoniene;
- patogenia - ipotetică - pare să fie diferită de ceea a altor tulburări extrapiramidale generate de chimioterapia neuroleptică;
- în cadrul dischineziei tardive avem de-a face cu o serie de mişcări hiperchinetice şi involuntare, localizate cu predilecţie la nivelul limbii, gurii şi feţei, în timp ce alte zone şi segmente ale corpului pot fi cuprinse de mişcări coreiforme ritmice şi stereotipe. Instalarea acestor mişcări este progresivă şim mai mult sau mai puţin tardivă faţă de începutul administrării de neuroleptice;
- o evoluţie prelungită;

Iată cum descrie Sigwald mişcările dischinetice ale limbii: "Limba este proiectată în permanenţă înainte şi apoi retrasă înapoi, urmînd un ritm rapid. Uneori proiecţia se face într-o parte, cîteodată la dreapta, cîteodată la stînga ; o mişcare de răsucire (tensiune) sau de tîrîre pe axă, complică acest neîncetat du-te-vino. Gura este întredeschisă şi mişcările buzelor însoţesc această dischinezie continuă. Bolnavul este puţin jenat şi vorbirea puţin tulburată , dar rămîne inteligibilă. . ." buzele participă la dischinezie sub forma mişcărilor stereotipe de sugere, de ciupire, de mestecare

neîntreruptă, în sinergie cu o contractură ritmică a maxilarelor. Cîteodată există la partea opusă o deschizătură ritmică a gurii care facilitează protruzia limbii. Salivația jenată poate însoți această dischinezie".

De semnalat, că mai recent s-a descris şi "sindromul gurii de iepure", carcaterizat prin tremurul şi mişcările repezi şi ritmice ale buzelor (asemănătoare cu cele ale unui iepure de casă).

Totodată, semnalăm şi faptul că uneori aceste mişcări dischinetice, pe lîngă trăirea lor jenantă, pot antrena odată cu ele şi perturbări respiratorii, masticatorii şi de vorbire.

Faptul, că ele sînt argumentate de anxietate şi atenție crescută, precum şi de o inhibare voluntară pentru scurte momente, ca şi dispariția lor în timpul somnului, constituie alte caracteristici importante ale dischineziei farmacogene.

Mişcările din dischinezia tardivă mai au şi alte particularități. Astfel, ele sînt augumentate de plimbat, poziția verticală şi de toate reacțiile adaptativ-comportamentale care amplifică mişcările asociate, iar diminuarea amplitudinii sau chiar dispariția lor pentru un moment o putem întîlni în teritoriile aflate într-o legătură directă cu inițierea unor activități voluntare, în timp ce în restul teritoriului care nu participă la realizarea actului voluntar, mişcările dischinetice se accentuează. In funcție de fenomenologia şi localizarea predominantă a manifestărilor clinice, în literatura de specialitate se vorbeşte de 2 forme (care adesea se întîlnesc şi asociate) şi anume:

- dischinezii orale;
- sindromul coreiform difuz;

Referindu-ne la dischineziile orale - "facio-bucolinguo-masticatorii" - descrise prima dată de Sigwal în 1959, trebuie să amintim că acestea sînt cele mai constante;

In cadrul sindromului coreiform difuz, hiperchineziile au de obicei un caracter cronic. Ele se pot manifesta prin dischinezii ale capului, tunchiului, membrelor, ca de pildă: ridicarea umerilor, proiecția înainte a bazinului etc. Aceste mişcări pot îmbrăca o alură atetozică, balistică, mioclonică, etc sau din contră se pot manifesta prin anomalii posturale de tipul unei lordoze sau torticolis exagerat. După unii autori, se poate presupune că dischineziile membrelor şi ale trunchiului se întîlnesc mai frecvent la tineri.

Pornind de la numeroase date din literatura de specialitate, precum şi de la observații personale referitoare la cronologia apariției fenomenelor extrapiramidale farmacogene , în 1971 Laborit descrie următoarele 4 tipuri:

a) crize excito-motorii precoce (denumite şi crize dischinetice sau distonice), care se pot instala în primele ore sau zile de la instituirea tratamentului neuroleptic;

b) fenomene extrapiramidale, de tip parkinsonian, akineto-hipertonic, cu apariţia în primele zile sau săptămîni de tratament;

c) akatisia şi mai rar tasikinezia, instalate la cîteva săptămîni de tratament după, sau pe fondul unui sindrom achineto-hipertonic;

d) dischinezia tardivă (sindromul dischinetic sau hiperchinetic) care se instalează în medie după doi ani de la începutul tratamentului cu neuroleptice dar în cazuri mai rare ea poate să-şi facă apariţia chiar şi la cîteva săptămîni de la începutul tratamentului.

In privinţa denumirii acestor manifestări farmacogene, cu toate că termenul de dischinezie tardivă este destul de bine încetăţenit în literatura de specialitate, unii autori, ţinînd cont de evoluţia şi de instalarea lor, susţin că ar fi mai potrivite denumirile de dischinezie persistentă (subliniind astfel dificultăţile reversibilităţii sale) şi de dischinezie tardivă de apariţie precoce (pentru acele cazuri în care ea se instalează în primele zile sau săptămîni de tratament).

Deşi cel mai frecvent dischinezia tardivă este indusă de neuroleptice incisive, ea a fost semnalată uneori şi în terapia cu neuroleptice sedative (cum ar fi de exemplu tioridazina). Ayd (1974) susţine că clozapinul nu numai că nu o induce , ci chiar are efecte pozitive în suprimarea dischineziei tardive.

Cu toate că majoritatea autorilor sînt de părere că dischineziile tardive sînt rezultatul administrării unor doze mari de neuroleptice, alţii (Keneydy 1971, Klavans 1973) susţin că ele se pot întîlni şi la bolnavii ce apelează timp îndelungat la doze mici de neuroleptice. Astfel, dozele mici de neuroleptice ar induce cu precădere mişcările coreiforme, iar dozele mari tremurăturile, fără a neglija posibilitatea acestora de a camufla sindromul coreiform.

Totuşi, aşa cum au subliniat şi alţi autori, (Chouinard 1976, Cole 1977 etc) atît durata cît şi dozele ridicate de neuroleptice au o mare importanţă în antrenarea dischineziei tardive. Limitele foarte largi ale incidenţei dischineziei tardive stabilite după criteriile şi statisticile diferiţilor autori, sînt cuprinse între o,5-56% din bolnavii trataţi cu neuroleptice.

Printre factorii favorizanţi, alături de dozele mari de neuroleptice, sex şi boli psihice, un loc principal îl ocupă vîrsta de peste 5o de ani, precum şi leziunile cerebrale.

In scopul verificării dacă vîrsta, leziunile cerebrale, dozele mari de neuroleptice sau toţi aceşti factori intră în joc, Etwars (197o) a studiat 2 grupe de pacienţi de aceeaşi vîrstă şi sex , cărora le-au fost administrate aceleaşi doze de neuroleptice, cu excepţia că în una din grupe erau încadraţi bolnavi cu leziuni cerebrale. Tocmai la grupa cu leziuni cerebrale, comparativ cu cealaltă grupă, autorul a constatat o incidenţă semnificativă a dischineziilor tardive. Atît din acest studiu cît şi din cele ale altor autori (Ananth 1976 şi Crane 1972) se poate deduce şi susţine ideea că leziunile cerebrale favorizează apariţia şi evoluţia dischineziei tardive. Desigur că din moment ce întîlnim o incidenţă mai ridicată a dischineziei tardive la femei, considerăm că bolile psihice prin ele însele nu constituie un factor favorizant, ci mai degrabă rolul principal era jucat de terapia modernă cu neuroleptice.

Deşi patogenia dischineziei tardive este încă neelucidată şi obscură, studii recente încearcă să descifreze şi acest domeniu. Astfel, în studiul lui Khristensen (197o) efectuat asupra a 2 eşantioane de creiere provenite de la bolnavi cu şi fără dischinezii tardive (primul eşantion conţinea 28 de creiere ce proveneau de la femei cu o vîrstă medie de 74 de ani, dar care fiind tratate cu neuroleptice au prezentat dischinezii tardive, iar al doilea eşantion cuprindea tot 28 creiere, din care 24 proveneau de la bărbaţi şi 4 de la femei, cu o vîrstă medie de 69 de ani, dar care - deşi 19 din ei au beneficiat de o terapie neuroleptică - nu au prezentat dischinezii tardive) se constată o degenerescenţă a celulelor substanţei negre la toate creierele provenite de la bolnavele cu dischinezii tardive, în timp ce la eşantionul 2, degenerescenţa a fost întîlnită doar la 7 creiere. Autorul este de părere că această degenerescenţă este o consecinţă a efectului toxic produs de neuroleptice şi nu a blocajului receptorilor sinopatici care ar fi responsabili de instalarea dischineziilor tardive. Acest efect toxic ar consta din interferenţa neurolepticilor cu funcţionarea membranei celulare şi inhibarea enzimelor respiratorii în celule. Alţi autori au semnalat la bolnavii cu dischinezii tardive sau parkinsonism alteraţii în globus palidus şi putamen (Pourines 1959) , în nucleul caudal şi substanţa neagră (Gross 1968) şi Oliva inferioară (Grunthal 196o), în timp ce alţi autori nu au găsit nimic patologic (Hunter 1964).

Deci, iată că prin aceste studii se pare că s-au descoperit unele leziuni anatomopatologice ce ar putea fi incriminate în producerea dischineziei tardive neuroleptice, dar ele se cer încă verificate şi confirmate. In acest domeniu, un aport important il poate aduce "Schaner - ul" şi chiar psihochirurgia stereotoxică. Actualmente, în expli-

carea patogeniei dischineziei tardive există o serie de ipoteze dintre care amintim:

A) Ipoteza hipersenzitivităţii de denervaţie care porneşte de la teoria balanţei dinamice a activităţii dopaminei şi a acetilcolinei, fapt care a permis schematizarea rolului patogen al mediatorilor amintiţi mai întîi în boala lui Parkinson şi apoi în dischinezia tardivă. Astfel, în timp ce în boala lui Parkinson se întîlneşte un deficit dopaminergic şi o eliberare a influenţelor colinergice, în dischineziile tardive raportu se prezintă tocmai invers, adică aici avem o creştere a dopaminei şi o scădere a acetilcolinei. Această argumentare a sensibilităţii receptorilor dopaminergici indusă prin blocajul neuroleptic, este numită hipersenzitivitate de denervaţie, iar îndată ce prin ea, la nivelul striatului, dopamina începe să domine acetilcolina, se instalează şi dischinezia tardivă.

Deci, ipoteza referitoare la balanţa dopamino-acetilcolinică explică patogenia dischineziilor tardive prin modificarea balanţei în sensul unei hiperactivităţi dopaminergice şi a unei hipoactivităţi colinergice. De aici se subînţelege că apariţia şi agravare simptomelor dischinetice este dată de agoniştii dopaminei şi antagonişti acetilcolinei, precum şi că prin ameliorarea şi înlăturarea simptomelor respective s-ar putea obţine antagoniştii dopaminei şi agonişti acetilcolinei (deci tocmai prin inversarea mecanismului).

Pornind de aici, au apărut o serie de studii realizate atît în scop terapeutic, cît şi a verificării şi demonstrării ipotezei. Astfel, GHERLACH (1974) studiază efectul A.M.P.T.(alfa-metil-para-tirozinei) antagonist al dopaminei, al L-DOPEI, al fizostigminei (colinergic) şi al biperiden-ului (anticolinergic) asupra dischineziilor tardive.

Din rezultatele lor se desprinde faptul că A.M.P.T. şi fizostigmina ameliorează într-o manieră inegală, simptomatologia dischineziei tardive, în timp ce I-Dopa şi liperiden-ul agravează aceste simptome. Ameliorările cele mai bune şi prompte au fost obţinute de autori la pacienţii vîrstnici, ceea ce le-a permis să introducă noţiunea de "sistem tampon", sistem care ar ajuta organismul în realizarea proceselor neuro-biochimice corespunzătoare funcţiilor neuropsihice normale după unele stimulări externe, cum este cazul administrării neurolepticelor.

După aceşti autori, factorii favorizanţi şi cauzali ai dischineziei tardive se leagă de diminuarea capacităţii "tampon" (fie de origine funcţională, fie organică) de a asocia unei hipersenzivităţi dopaminergice şi o hipofuncţie colinergică. Cu toate că pornind de la această balanţă dopamino-acetilcolinică s-au obţinut unele rezultate

parţiale prin administrarea substanţelor amintite, ea nu poate fi încriminată singură în patogenia dischineziilor tardive.

Desigur că această ipoteză foarte interesantă prezintă şi unele puncte slabe şi necesită încă multe cercetări pentru a putea fi demonstrată şi chiar evoluţia prelungită şi adesea ireversibilă a dischineziilor tardive este într-un oarecare dezacord cu ea. Evoluţia dischineziei tardive sugerează mai degrabă existenţa unor alteraţiuni structurale, sau alte efecte ale neurolepticelor asupra membranei sau asupra mecanismelor respiratorii celulare (Faurbye, 197o).

B) Acidul gama-amino-butiric (GABA), cu rol în modulaţia neuronilor dopaminergici, a fost abordat şi studiat mai recent în raport cu dischinezia tardivă.

Relaţiile sistemelor dopaminergice şi gabaminergice pe de o parte şi procentele de GABA reduse în unele suferinţe neurologice (ca de exemplu: Coreea, Huntington), au dus la presupunerea că acest neuro-mediator are implicaţii asemănătoare cu dopamina şi acetilcolina în fiziologia extrapiramidală şi odată cu acestea şi în dischineziile tardive.

Pornind de la această ipoteză, Korsgaard (1976), prin administrarea baclofenului (acid 4-amino-3(4-chlorophenil)butiric (un derivat GABA), capabil să treacă bariera hemato-encefalică şi să acţioneze asuspra sistemelor dopaminergice de-a lungul sinapselor gabaminergice, în dischineziile tardive au obţinut rezultate satisfăcătoare. Nu aceleaşi rezultate optimiste au fost obţinute de Gerlach (1978).

A mai fost utilizat şi valproatul de sodiu, care printr-un mecanism încă neelucidat ar creşte procentul de GABA la nivelul sistemului nervos central. Linnoila şi colab. (1976) afirmă că prin administrarea lui la bolnavii cu dischinezii tardive au obţinut rezultate medii (la 16 din 32 de bolnavi) în timp ce Gibson (1978) susţine contrariul, adică că nu ar fi obţinut nici un rezultat. Desigur, că este necesară continuarea experienţelor cu acest preparat cu efecte contradictorii.

C. O ipoteză recentă este cea endocrină - introdusă de Berard (1977-1979), care susţine că în dischinezia tardivă un rol important revine hormonilor sexuali. In ultimii ani s-a pus în evidenţă existenţa unor relaţii între hormoni şi neurotransmiţători, cum sînt aminele cerebrale. Aceste relaţii sînt obiectivate de dopamină, cea mai importantă substanţă (dacă nu chiar singura) de origine hipotalamică cu rol în modulaţia (inhibiţia) secreţiei de prolactină. De aici se poate deduce că există o relaţie şi inversă şi că astfel hormonii sexuali pot afecta transmiterea sinaptică la nivelul SNC.

Fenomenul a fost ilustrat prin administrarea de estrogeni la pacienţi de ambele sexe, aflaţi sub tratamente neuroleptice, la care aceşti hormoni au grăbit apariţia fenomenelor extrapiramidale.

De fapt Paul şi Axelrod în 1977 au identificat în creier prezenţa unor ţesături endocrine de "catecol-estrogeni", compuşi care ar avea puternice efecte endocrine, susceptibile şi de un rol important în reglarea neuro-endocrine.

Această ipoteză ar putea explica şi frecvenţa mai ridicată a dischineziilor neuroleptice la femeile în vîrstă.

D). Ipoteza endorfinelor este şi ea destul de recentă.

Descoperirile recente legate de endorfine au evidenţiat existenţa unor strînse relaţii între ele şi sistemul extrapiramidal. De la aceste descoperiri şi pînă la ipoteza rolului lor în dischineziile tardive nu a fost decît un pas. Se presupune că endorfinele, prin acţiunea lor neuromodulatorie, ar inhiba transmiterea dopaminergică la nivelul sistemului extrapiramidal.

Dacă ipoteza este exactă, atunci prin administrarea de naloxan (antagonist al opiaceelor) în dischineziile tardive, fenomenele dischinetice ar trebui să se agraveze. Ipoteza a fost demonstrată numai pe jumătate de către Villnneuve (1981), care prin administrarea naloxonei a obţinut o agravare a dischineziilor, dar numai la bărbaţi, în timp ce la femei nu s-a evidenţiat fenomenul de înrăutăţire.

In general, cu toate ipotezele şi problemele interesamte legate de diferite aspecte ale mecanismelor patogenetice, ele rămîn încă neclare şi obscure, dar sperăm că nu pentru mult timp.

Revenind la aspectele clinico-evolutive şi de prognostic, trebuie să relevăm faptul că ireversibilitatea dischineziilor tardive constituie una dintre problemele majore în privinţa indicaţiilor, duratei şi dozelor terapiei neuroleptice.

Fenomenele dischinetice trebuie să constituie pentru noi un semnal de avertizare la prudenţă extremă.

Dischineziile tardive clasice erau considerate ca ireversibile. Actualmente acest punct de vedere este mai mult sau mai puţin controversat. Astfel, în timp ce Uhrbrand (1960) susţine ireversibilitatea lor, alţi autori sînt de părere că ele pot prezenta ameliorări şi chiar o reversibilitate completă. (Macandrevs 1972; Haddenbrock 1966; Degwitz 1969; Crane 1971 şi alţii). Quilkin (1977) este de părere că dacă se opreşte administrarea neurolepticilor odată cu apariţia simptomelor dischinetice, ele vor ceda

treptat fără a deveni ireversibile. In timp ce în acele cazuri de administrare îndelungată a neurolepticilor şi cu o perioadă lungă a dischineziei tardive, ea poate rămîne ireversibilă.

Itoh şi Jagi în 1977, pe baza observaţiilor efectuate asupra unui număr de 19 bolnavi cu dischinezii tardive, susţin că după 5 ani de la întreruperea administrării de neuroleptice au întîlnit ameliorări bune, mai ales la tineri. Dar pe lîngă întreruperea administrării de neuroleptice, reversibilitatea diferă de la pacient la pacient şi aceasta poate să fie în legătură directă cu mai mulţi factori, ca de exemplu: vîrstă, durata administrării drogului, durata şi gravitatea manifestărilor dischineziei tardive, leziuni ale S.N.C. şi probabil şi alţi factori.

Terapia dischineziilor tardive farmacogene va începe în totdeauna prin întreruperea administrării neurolepticelor, şi aceasta mai ales în cazul pacienţilor tineri, la care se poate spera şi o reversibilitate bună.

Cu toate că după întreruperea tratamentului, foarte frecvent se poate observa o agravare a simptomatologiei psihopatologice, nu se recomandă reluarea administrării neurolepticelor pentru că ele ar contribui la întreţinerea şi agravarea fenomenelor dischinetice.

Pe de altă parte, după întreruperea tratamentului, în anumite cazuri destul de rare dischineziile dispar în mod spontan în cîteva săptămîni sau în cazul cel mai frecvent se atenuează în mod progresiv. In cazul în care sistarea administrării neurolepticilor duce la augumentarea fenomenologiei psihiotice, situaţia devine mai complicată şi decizia greu de luat. Unii autori recomandă instituirea unei scheme cu "ferestre terapeutice" adică administrarea neurolepticilor cu perioade libere, ceea ce se şi practică în multe unităţi de psihiatrie din ţară şi străinătate. Actualmente şi această metodă este controversată pe motiv că la aceşti bolnavi fenomenele de dischinezie s-au întîlnit mai frecvent. Acest fenomen ar putea fi explicat printr-o creştere sporită a sensibilităţii receptorilor prin stimularea lor intermitentă de neuroleptice.

O altă măsură profilactică se referă la supravegherea atentă a bolnavilor trataţi cu neuroleptice. Odată cu sesizarea primelor semne ale dischineziei întreruperea administrării în continuare de neuroleptice constituie cel mai important factor al profilaxiei şi reversibilităţii.

In general, recomandările pe care le putem da se referă în primul rînd la utilizarea neurolepticelor în doze mici şi nu în perioade foarte îndelungate şi în al doilea

rînd să se utilizeze preparate mai puţin incriminate în dischineziile tardive, cum sînt: tioridazina şi haloperidolul.

In situaţiile în care fenomenele dischinetice persistă şi devin jenante pentru bolnavi, atunci se va apela la alte mijloace terapeutice, fără a neglija însă recomandarea ca bolnavul să se antreneze într-o activitate motorie corespunzătoare stării lui de sănătate, dar care să solicite efectuarea de mişcări active.

In continuarea vom rezuma o parte din preparatele ce se pot administra în terapia dischineziilor tardive, începînd cu acele substanţe care acţionează la nivelul dopaminei;

- Rezerpina: prin realizarea unei depletiţii presinaptice a catecolaminelor (dopamină şi norepinefrină) şi a indoleaminelor (serotonină), se interferează cu captarea veziculară intraneuronală şi mecanismul de stocaj, ceea ce permite degradarea lor în cisoplasmă prin monoaminooxidoze. Tocmai prin aceste mecanisme, această substanţă actualmente este considerată ca fiind cea mai indicată în terapia dischineziilor.

Tetrabenazina, derivat sintetic al benzodilonei, reacţionează printr-un mecanism similar cu cel al rezerpinei, dar mult mai rapid, mai selectiv şi cu mai puţine efecte hipotensoare comparativ cu resperpina.

- Oxypertina are o acţiuune similară cu cea a rezerpinei, acţionînd numai asupra catecolaminelor şi economisind serotonina.

- Alfa-metil-dopa (A.M.D.) este un bun hipotensor, cu o acţiune foarte complexă asupra sintezei stocajului şi o acţiune postsinoptică a catecolaminelor; a fost şi ea utilizată în terapia dischineziilor tardive . Acţiunea sa se realizează fie prin inhibiţia dopamin-decarbaxilazei, fie prin acţiunea sinoptică a metabolismului său ca falsi-neuro-transmiţători.

- A.M.P.T. (care este un agent experimental), inhibitor al tiroxin-hidroxilazei, cu efect moderat şi relativ sedativ, constituie mica verigă ce limitează în sinteză dopamina şi norepinefrina.

Din grupa substanţelor blocante ale receptorilor dopaminergici se recomandă utilizarea:

- Fenotiazinelor - a căror efecte pozitive ,în tratarea mişcărilor coreiforme din Coreea Hungtinton, a motivat introducerea lor şi în terapia dischineziilor tardive. Din grupa lor a fost utilizată :perfenazina şi tiopropazatul.

- Butirofenele - din grupa cărora haloperidolul, după rezultatele bune obţinute în terapia sindromului Gilles de la Tourette, a fost introdus şi în terapia dischineziilor

tardive. El are cea mai puternică acţiune de blocaj asupra receptorilor dopaminergici (mm/kg) dintre toate neurolepticele utilizate în mod curent. Mulţi autori susţin că folosirea acestor substanţe neuroleptice blocante ale receptorilor dopaminergici nu prea este recomandată pentru că el (chiar dacă ameliorează pentru moment), ar întreţine originea manifestărilor dischinetice.

2. Din grupa substanţelor colinergice face parte fiziostigmina, agent colinesterazic cu acţiune centrală şi reversibilă, care augmentează procentajul acetilcolinei cerebrale, avînd şi un efect bun, dar inconstant, asupra dischineziilor tardive.

- Dimetil-amino-etanolul , cu efecte bune în coree, a fost introdus şi în terapia dischineziilor tardive. Ipotetic se presupune că acţionează ca un precursor al acetilcolinei.

- Lecitina - utilizată cu succes de Jackson (1979) în dischineziile tardive , acţionează prin augmentarea concentraţiei plasmatice de acetilcolină, fără să antreneze efecte secundare.

Din grupa altor agenţi utilizaţi în terapia dischineziei tardive , amintim:

= Litiul. Cu toate că în acţiunea sa litiul pare să se interfereze cu eliberarea presinaptică de monoamine, putînd să se interfereze în egală măsură cu mecanismele ce funcţionează la nivelul receptorilor aminelor şi a altor hormoni mediaţi, prin adenilciclază, mecanismele sale de acţiune sînt încă insuficient cunoscute. După unii litiul ar domina concentraţia dopaminei printr-o acţiune asupra receptorilor dopaminergici, reducînd hipersensibilitatea ganglionului bazal. In ciuda multor publicaţii optimiste, referitoare la eficienţa Li de a reduce mişcările involuntare din Coreea Huntington şi dischinezia tardivă, rezultatele nu sînt pe măsură.

- Tranchilizantele. Benzodiazepinele, clorazepatul şi barbituricele contribuie cîteodată la o uşoară ameliorare a dischineziilor.

- Acidul fusaric. Autorii Viukari şi Linnoila (1977) susţin că au obţinut rezultate bune prin folosirea lui în tratarea dischineziilor buco-faciale, a tremurăturilor şi rigidităţii , cu excepţia akatisiei care se exacerba uşor. Aceste rezultate, după autorii de mai sus, sînt similare cu cele obţinute cu A.M.D.-ul.

Dintre alte medicamente administrate în dischineziile tardive mai amintim: piridoxina (Vit.B.6), papaverina, triptofanul a căror administrare duce la ameliorări uşoare.

O altă grupă se leagă de interferenţa unor substanţe cu GABA (Valproatul de sodiu

şi dipropilacetamida), a căror acţiune a fost descrisă la patogenie.

CONCLUZII

Tot mai frecvent se semnalează în literatura de specialitate că terapia cu neuroleptice, administrată în doze mari şi cure îndelungate, prin efectele ei secundare adesea ireversibile, efecte care îngreunează sau chiar împiedică reisertia socio-familială şi profesională a bolnavului, constituie o reală patologie iatrogenă.

Din grupa acestor fenomene secundare cu o pregnanţă deosebită a implicaţiilor ce decurg din ele, se desprind dischineziile tardive, care actualmente sînt bine delimitate clinic, epidemiologic şi evolutiv.

Dischineziile tardive, prin implicaţiile şi complicaţiile lor grave, legate în primul rînd de caracterul lor ireversibil, au constituit şi constituie încă obiectul a numeroase studii şi cercetări axate atît pe descoperirea şi elucidarea patogeniei lor încă obscure cît şi pe găsirea unor mijloace terapeutice mai eficiente.

Dintre diferitele ipoteze patogenice, cea mai importantă şi plauzabilă se referă la "rolul balanţei dopamino-acetilcolinei", termen dat de hipersensibilitatea receptorilor dopaminergici rezultată din blocajul neuroleptic mai mult sau mai puţin îndelungat. Alte ipoteze încriminează GABA, endorfinele şi hormonii.

Pornind de la aceste ipoteze s-a încercat şi o serie de tentative terapeutice, utilizîndu-se mai ales substanţe blocante a receptorilor dopaminergici şi alte substanţe interferînd GABA, litium, hormoni etc, a căror rezultate terapeutice nu sînt pe măsura aşteptărilor.

Avînd în vedere suferinţele, ireversibilitatea (chiar relativă după unii autori) şi handicapul creat de o dischinezie tardivă, precum şi de insufieicnţa resurselor terapeutice, este bine să abordăm mai mult aspectele profilactice ale acestor dischinezii.

Măsuri profilactice de mare eficienţă se pot realiza prin aprecierea corectă a indicaţiilor terapiei neuroleptice, a dozelor şi a perioadei lor de administrare, terapie care ar trebui să fie realizată cu doze mici şi pe perioade scurte.

O altă măsură profilactică se referă la supravegherea atentă a bolnavilor trataţi cu neuroleptice, pentru a putea sesiza primele semne ale dischineziei şi a căuta noi alternative terapeutice, atît pentru boala psihică cît şi pentru înlăturarea fenomenelor dischineziei tardive.

BIBLIOGRAFIE

1. ANANTH, J., BAN, T. and LEMANN, H. - An uncontrolled study with thiopropazate in the treatment of persistent dyskinesia. Psychopharmacol. Bull, 13:3-9, 1977.

2. AYD, F.J. - Persistent dyskinesia. . . Med.Sci., 18'! 32-4o, 1967.

3. AYD, F.J. - Clozapine - A unique new neuroleptic. Intl.Drug Ther.Newsletter, 9:5-12, 1974.

4. BAN, A.Th. - Psychopharmacology. - Williams şi Wilkins, Baltimore, 1969.

5. BARBEAU, A. - L.Dopa therapy in Parkinson's disease. Can.Med.Ass.J., lol: 791-8oo, 1969.

6. BEDARD, P. LANGELIER, P., VILLENEUVE, A. - Oestrogens and extrapiramidal system Lancet, II : 1367-1368, 1979.

7. BOURGEOIS, M., GRAUX, C., ARRECHTE-BERTHELOT, N. - Les dyskinesies tardives des neuroleptiques. - Ann Mes . Psychol., 134:737-746, 1976.

8. BOURGEOIS, M., TIGNOL, J., BOUEY, P. - L'antagonisme neuroleptiques correcteurs anti-parkinsoniens. Nouv Presse Med., 6:564-7, 1977.

9. CASEY, D., DENNEY, D. - Pharmacological characterization of tardive dyskinesia. Psychopharmacology, 54:1-8, 1977.

1o. CHOUINARD, G. - Guide praatique pour l'emploi des agents psychopharmacologiques anti-psychotiques. Union Med.C an. , 1o5:1387-1397, 1976.

11. CHRISTENSEN, E, MOLLET, J., FAURBYE, A. - Neuropathologiyal investigation of 28 brains from patients wuth dyskinesies. Acta Psychiat. Scand., 46:14-23, 197o.

12. CRANE, G. - Tardive dyskinesia in schizophrenic patients treated with psychotropic drugs. Agressologie, 9, 2:2o9-217, 1968.

13. CRANE, G - Pseudo parkinsonism and tardive dyschinesia. Arch.Neurol., 27:426-43o, 1972.

14. CRANE, G. - Persistent dyskinesia. - Brit.J.Psychiat., 222:395-4o5, 1973.

15. CSIKY, K. - Cînd devine sindromul extrapiramidal reacţie adversă la psihotropele majore. Neurol. Psihiat.Neurochir. , 2:131-134, 1978.

16. DELAY, J., DENIKER, P., DALLE, B., COLONNA, L. - Syndrome choreique .. neuroleptiques. Ann.medico-psychol., 125:784-788, 1967.

17. EDWARDS, H. - The significance of brain damage in persistent oral dyskinesia. Brit.J.Psychiat., 116:271-275, 197o.

18. FANN, W.E., DAVIS, J.M., JANOWSKY, D.S. - The prevalence of tardive dyskinesia in mental hospital patients. Dis.Nerv.System., 33:182-186, 1972.

19. FAURBYE, A. - The structural and biochemical basis of movement disorders in treatment with neuroleptic drugs and in extrapyramidal diseases., Compr.Psychiatry, 11:2o5-224, 197o.

2o. GERLACH, J., RYE, T., KRISTJANSEN, P. - Effect of baclofen en on T.D. Psychopharmacology, 56:145-151, 1978.

21. GERLACH, J. - Tardive dyskinesia. Dan. Med. Bull., 26, 5:2o9-215, 1979.

22. GIBSON, A. - Sodium valproate and tardive dyskinesia. Brit. J. Psychiat., 133:82-9, 1978.

23. GRECU. Gh. şi STANCIU, E. - Fenomene extrapiramidale în tratamentul cu neuroleptice. Revista medicală, 2:152-156, 197o.

24. GRECU Gh., STANCIU, E., ASGIAN, V şi CIKY CS. - Ponalidul în efectele secundare ale terapiei cu neuroleptice. Recista Medicală, 2:78-83, 1973.

25. GRUNTHAL, V. E., WALTHER-BOEL, H. - Uber schädigung der oliva inferior durch chlorphenazine. Psychiatr. Neurol., 14o:249-257, 196o.

26. HADDENBROCK, S. - Zur wirkungwiese und zur frage zentralorganischer spatschaden derneuroleptischen danerbehandlung. Nervenartz., 2o:1199, 1966.

27. HIPPIUS, H., LANGE, J. - Zur Problematic der spaten extrapyramidalen Hyperkinesien nach langfristiger neuroleptischer Therapie. Arzeimittel Forschung., 2o:888-89o, 197o.

28. HOFF, H., HOFFMAN, G, - Das persistierende extrapyramidale Syndrom bei neuroleptika Therapie. - Wien. mrd. Wschr. , 117:14-17, 1967.

29. HUNTER, R., EARL, C., JANZZ, D. A. - A syndrome of abnormal movements and dementia in leucotomized patients treated wuth phenothiazines. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 27:219-223, 1964.

3o. ITOH, H., YAGI. G. - Reversibility of tardive dyskinesia. Psychopharmacol. Bull. 12:3-4, 1976.

31. JACKSON, I. V., NUTTALL, E., PEREZ-VRUET, J., Treatment of tardive dyskinesia with lecithin, Am. J. Psychiat. 136:1458-146o, 1979.

32. JESTE, D. V., POTKIN. S. C., SINHA, S., FEDER. S., WYATT, R. J. - Tardive dyskinesia-Reversible and persistent. Arch. Gen. Psychiat., 36:385-59o, 1979.

33. KAZAMATSURI, H., CHIEN, C., COLE, J. - Therapeutic approaches to tardive dyskinesia., Arch. Gen. Psychiat., 27:491-499, 1972.

34. KAZAMATSURI, H., CHIEN, C, COLE. J. O. - Lon g-term treatment of tardive dyskinesia with haloperidol and tetrabenazine. Amer. J. Psychiat., 13o:419-423, 1973.

35. KENNEDY, P. F., HERSHON, H. I., MACCUIRE, R. J. - Extrapyramidal disorders after prolonged phenothiazine therapy. Brit, J. Psychiat., 118:5o9-18, 1971.

36. KLAWANS, H. L. - The pharmacology of tardive dyskinesia. Am, J. Psychiat. 13o:82-86, 1973.

37. KORSGAARD, S. - Baclofen (Lioresal) in the treatment of ... tardive dyskinesia Acta Psychiat. Scand., 54:17-24, 1976.

38. LABORIT, H., HUGUENARD, P. et ALLUAUME, R. - Un nouveau stabilisateur neurovegetatif, le 456o R. P. - Presse Med., 6o:2o6-2o8, 1952.

39. LINNOILA, M., VIUKARI, M., HIETALA, O. - Effect of Sodium Valproate on Tardive Dyskinesia, Brit. J. Psychiat., 129:114-119, 1979.

4o. MILLER, E. M. - Deanol:a solution for tardive dyskinesia? N. Engl. Med. 291:796-797, 1974.

41. PAUL, S. M., AXELROD, S. - Catechol estrogens, presence in brain and endocrine tissues, Science, 197:657-659, 1977.

42. PAULSON, G. W. - Permanent or complex dyskinesia in the aged. Geariatrics 23:1o5-11o, 1968.

43. PIND, K., FAURBYE?A. - Concentration of homovanillic acid and 5HIAA in CSF after treatment with probenecid. Acta Psychiat. Scand., 46:323-326, 197o.

44. POURSINES, Y, ALLIEZ, J., TOGA, M. - Syndrome parkinsonien dyskinesia. . . Rev. Neurol., 1oo:745-751, 1959.

45. QUITKIN, F., RIFKIN, A., GOCHFELD, L., KLEIN, D. - Tardive dyskinesia. . Am. J. Psychiat., 134:84-87, 1977.

46. ROXBURGH, P. A. - Treatment of phenothiazine induced oral dyskinesia. Br. J. Psychiat., 116:227-28o, 197o.

47. SCHOENECKER, M. - Ein eigentumliches syndrom in oralen bereich megaphapplikation ., Nervenartz, 28:35, 1957.

48. SIGWALD, J., BOUTTIER, D., RAYMONDEAU, C. et PIOT, C. - Quatre cas de dyskinesia facio-bucco-linguo-masticatrice. . . Rev. Neurol., 1oo:751-5, 1959.

49. SMITH, J., OSWALD, W. - Tardive dyskinesia : age and sex diference . . . Psychopharmacology, 58:2o7-11, 1978.

5o. STEVERS, J., WILSON, K., FOOTE, W. - GABA blockage, dopamine and schizophrenia Psychopharmacologia, 39:1o5-19, 1974.

51. UHRBRAND, L., FAURBYE, A. - Reversible and ireversible dyskinesia after treatment with chlorpromazine, perphenazine, reserpine, and electro-colvulsiove therapy. Psychopharmacologia, 1:4o8-18, 196o.

52. VILLENEUVE, A. - Theraputic trials in tardive dyskinesia. Can. Psychiatr. Assoc. J. 23:411-15, 1978,

53. VIUKARI, M., LINNOILA, M. - Effect of fusaric acid on tardive dyskinesia and mental state. Acta Psychiat. Scand., 56:57-61, 1977.

INTERFERENTA PSIHOTERAPIEI CU CHIMIOTERAPIA IN TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI

Aurelia Sîrbu, Traian Neamţu, Stelian Rîndaşu

Tramantul şi readaptarea alcoolicilor a preocupat în totdeauna cercetătorii, metodele fiind în această direcţie multiple şi diferite: unii au optat un model medical care se orienta mai ales spre suferinţa somatică a bolnavului pe cînd alţii au ales un model psiho-socio-familial accentuînd importanţa factorilor de ambianţă.

Concepţia noastră în tratamentul alcoolismului vine în concordanţă cu tratamentul modern şi actual al acestei dependente, tratament care se bazează pe un montaj terapeutic complex în care sînt cuprinse procedee medicamentoase şi psiho-sociale. Tratamentul medicamentos are o valoare indiscutabilă, dar dacă ne-am rezuma numai la el ar însemna să ne menţinem pe o atitudine terapeutică mai mult simptomatică, cu o bandă îngustă de aplicare în contrast cu problematica vastă şi diversă pe care o ridică alcoolismul. Cu toate că chimioterapia continuă să cucerească noi teritorii, lasă încă neatinse problemele generale ale omului în ambianţa sa. De aceea, din experienţa noastră ca şi din datele din literatură (7,2), se poate afirma că este incomplet şi insuficient a ne rezuma strict la chimioterapia în alcoolism.

In tratamentul de ansamblu al alcoolismului, Reyss - Brion (7) distinge un "pol medicamentos" şi un rol psihosocioterapeutic. Polul medicamentos, la rîndul său, cuprinde următoarele categorii de produse:

- "medicament de repulsie", care are ca scop să formeze un reflex condiţionat negativ la ingestia de alcool (Emetic, Antabus, Apomorfină, etc),
- "medicamente psihotrope" (6) care au acţiune de sedare a sistemului nervos central. Neurolepticele, care s-au impus cu repeziciune, au dus la scăderea procentului portalităţii prin delirium tremens datorită eficienţei pe care o are perioada de abstinenţă.

Din grupa neurolepticelor , fenotiazinele au cele mai largi aplicări în cadrul psihozelor alcoolice. Dintre tranchilizante, meprobamatul constituie un succes al psihofarmacologiei - după cum rezultă şi din experienţa Clinicii de psihiatrie Cluj (9), atunci cînd este folosit sub supraveghere şi pe timp limitat. De asemenea , benzodiasepinele şi mai ales diazepamul este considerat ca medicament de elecţie în delirium tremens.

In suita medicamentelor folosite în tratamentul alcoolismului se mai înscrie şi stazepinul, care este folosit de noi de mai bine de cinci ani, iar rezultatele preliminarii au fost comunicate într-o lucrare a Clinicii psihiatrice Cluj (lo).

In terapia de cursă lungă a alcoolismului s-au impus mai ales propericiazina (neuleptil), date fiind bine-cunoscutele sale efecte anticomportamentale. Este necesar a orienta terapia psihotropă la alcoolism , mai ales pe categoriile de medicamente care nu produc dependenţă, cum sînt în special fenotiazinele şi butirofenonele.

Avînd în vedere caracterul tridimensional somato-psiho-social al bolii, care sporeşte complexitatea şi amploarea măsurilor terapeutice (deoarece noi urmărim o abstinenţă totală şi definitivă, condiţie necesară în restructurarea personalităţii) se impune prezenţa psihoterapiei , care trebuie să recunoaştem că rămîne o adevărată constantă necesară şi obligatorie a tratamentului oricărui alcoolic.

Alcoolicul apare de multe ori copleşit de sentimentul singurătăţii, al nesiguranţei şi al neîncrederii în realizarea unei viziuni sănătoase cu care să se lupte pentru restabilirea contactului cu sine şi cu ambianţa.

Din momentul în care bolnavul devine "abordabil" , se impune rolul psihoterapeutului care va încerca să realizeze un transfer prin care să-i risipească anxietatea, să-i mobilizeze forţele şi să-i corecteze răspunsurile afective.

Reiese din aceasta că în faza iniţială deja se impune o adevărată psihoterapie individuală, de încurajare (persuasiune), fără a neglija condiţia esenţială şi indispensabilă pentru reuşita oricărui tratament în alcoolism, şi anume realizarea unei colabărări sincere şi corecte cu bolnavul şi cu aparţinătorii acestuia.

Ca forme de aplicare ale psihoterapiei la alcoolici am căutat să ne adaptăm cerinţelor particulare fiecărui bolnav în parte, pentru a putea astfel obţine o relaţie interumană autentică. Am aplicat astfel chiar şi sugestia, bineînţeles în stare de veghe, căutînd să-i înlăturăm convingerile false că nu poate scăpa de sub influenţa alcoolului.

Cu toate greutăţile inerente , am considerat obligatorie începerea, încă în perioada de internare în clinică, a psihoterapiei de grup, care ulterior a fost continuată şi după externare. Este de remarcat faptul că psihoterapia de grup a cîştigat tot mai mulţi adepţi, iar prin analiza trecutului şi studierea viitorului, acţiunea sugestivă a fost mai puternică şi mai eficientă pentru că se bazează pe dinamica particulară a grupului.

La Cluj am folosit cu precădere o metodă aplicată în Iugoslavia (2) care cuprinde participarea obligatorie şi sistematică în cadrul organizat al familiei, participare

justificată prin afirmaţia că "alcoolismul nu este o afacere particulară sau o problemă personală, ci o foarte importantă problemă crucială comună a întregii familii. Forma sub care am inclus familia a fost mai ales a "colaboratorului cheie". (Persoană selectată din anturajul bolnavului care se interesează de el şi este acceptat). Această metodă a dat rezultate remarcabile, astfel că din 4o bolnavi alcoolici în observaţie "cu colaboratori cheie", la un interval de lo-12 luni, catamnestic, s-a constatat o reducere substanţială a componenţei toxice alcoolice în toate cazurile. Doi bolnavi au prezentat cîte o decompensare reactivă la stările conflictuale cu consum de alcool. S-a reuşit, prin intervenţie la timp şi preponderent psihoterapeutic, să se continue tratamentul medicamentos cu stazepin şi astfel să se preîntîmpine reinternarea şi restabilindu-se rapid echilibrul bolnavului şi al familiei.

Alcoolismul reclamă azi o echipă cu formaţie diversă şi cu o modernă şi actuală informaţie asupra multiplelor implicaţii pe care le are această suferinţă, astfel că rezolvarea unui bolnav aduce obligatoriu în vizorul său colaborarea cu familia acestuia, cu psihologul, medicul de teren, colegii de profesie, etc., cu oricine are o legătură mai îndelungată cu viaţa alcoolicului şi poate să-i ofere un sprijin în lunga sa suferinţă. Datorită acestor mecanisme ample, care solicită o mulţime de persoane cu angajarea terapiei de cursă lungă (minimum 3 ani) pentru asigurarea, consolidarea unui adevărat tratament complex şi divers, se poate întîmpla să apară uneori atît eşecuri cît şi recidive, peste care psihiatrul, ca lieder, trebuie să găsească punţi de restabilire şi reechilibrare psihosocială. In orice tratament din cadrul alcoolismului, participarea cadrelor medii este o obligaţie şi avantajele folosirii surorilor medicale în calitate de cooterapeut în cadrul psihoterapiei de grup şi-a dovedit din plin valoarea.

Am dori totodată să mai amintim că, în Clinica psihiatrică, în cadrul curei de dezalcoolizare şi apoi în tratamentul de post cură, există deja un lot de bolnavi alcoolici la care se aplică acupunctura. (Datele din literatură sînt încurajatoare în ce priveşte rezultatele acupuncturii aplicate la bolnavii alcoolici). In prezent, la cazurile selectate (de unul dintre noi) evoluţia este bună atît în secţie cît şi cu ocazia controalelor pe care se fac periodic în cadrul L.S.M.-lui . Totodată trebuie să semnalăm existenţa unui lot de alcoolici cronici trataţi cu medicaţie depot (Fluanxol, Modecate, Lyogen) care va face subiectul unei comunicări ulterioare.

CONCLUZII

1.- Alcoolismul este o boală curabilă, în care se impune o muncă de echipă, bine formată şi pe timp îndelungat (minimum 3 ani).

2.- Depistarea precoce a bolnavului, selectarea judicioasă a cazurilor şi urmărirea lor ulterioară în ambulator face să crească procentul remisiilor.

3.- Terapia medicamentoasă împletită cu psihoterapie individuală, de grup, şi în special cu colaboratori cheie, pare să fie cea mai eficientă metodă de tratament şi de readaptare a alcoolicilor.

4.- Terapia complexă în care interferenţa medicament-psihoterapie este o regulă trebuie să cuprindă pentru fiecare alcoolic soluţiile cele mai adecvate şi eficiente, specifice şi cu largă accesibilitate la propria înţelegere a structurii personalităţii sale.

CITEVA CONSIDERATIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI CU PIRACETAM

Cs. E. Csiky, Gh. Grecu, K. Szücs

Datorită unor cercetări minuţioase întreprinse în acest deceniu al secolului, grupa psihotropelor s-a îmbogăţit cu aşa-zisele substanţe nootrope. Pentru a înţelege acest termen, trebuie să precizăm ce este funcţia noetrică. Prin funcţii noetice vom înţelege toate acele mecanisme cerebrale care permit realizarea cunoaşterii şi utilizarea ulterioară a cunoştinţelor dobîndite. Se ştie că orice informaţie recepţionată de cortex se compune din două părţi - acea parte a mesajului senzorial care merge direct la structurile specializate ale cortexului, şi o a doua parte ce va reprezenta energia necesară utilizării mesajului. Orice informaţie trece prin sistemul activator, deci prin calea reticulată de la nivelul trunchiului cerebral, respectiv de la nivelul talamusului. Acest sistem reglează şi nivelul de vigilenţă, cele două componente ale lui posedînd un rol propriu: sistemul mezencefalic va asigura starea de veghe difuză, iar sistemul activator talamic starea de veghe (vigilenţă) focalizată. In diferitele îmbolnăviri psihice, funcţiile de reglare ale cortexului vor fi deficitare, se va perturba echilibrul armonic dintre excitaţie şi inhibiţie. Preparatele numite nootrope vor acţiona la acest nivel, restabilind aceste funcţii prin activarea mecanismelor integratoare ale creierului, prin augmentarea controlului cortical asupra centrelor subcorticale. Astfel vom avea o acţiune pozitivă asupra vigilenţei focalizate, ameliorînd şi funcţia noetică.

Piracetamul (NOOTROPIL, NOOTROP, NORMOBRAIN) este o 2-oxi-1-pirolidin-acetamidă, - un derivat ciclic al acidului gamma-aminobutiric (GABA). Practic, molecula depiracetam diferă de molecula de GABA prin faptul că aceasta din urmă a pierdut o moleculă de H_2O.

In ciuda faptului că GABA este un transmiţător cortical de tip inhibitor, deci un inductor al somnului, noul preparat (piracetamul) are proprietăţi cu totul diferite. Experienţele pe animale au arătat că piracetamul protejează organismul împotriva unor agresiuni ca: hipoxie, intoxicaţie cu barbiturice, etc. Totodată, facilitează procesul de învăţare (condiţionare) şi ameliorează memoria atît la animalele sănătoase cît şi la cele bolnave. Piracetamul facilitează transferul de informaţie prin corpul calos între cele două emisfere cerebrale. Acest drog s-a dovedit a fi lipsit de efecte toxice chiar în doze mari, şi nu are efecte secundare de tip sedativ sau analectic.

Piracetamul are o resorbţie foarte bună, dar nu este metabolizat. Cercetările

biochimice arată că acest drog permite o rotare(un turnover) mai rapidă a energiei cerebrale sub forma ATP-ului şi că acest aport de energie va fi utilizat de creier în vederea compensării deficitului creat de anexia cerebrală sau de involuţia metabolică legată de senescenţă.

Toate aceste proprietăţi îl deosebesc de celelalte psihotrope şi explică necesitatea creării unui nou grup de medicamente psihotrope, cel numit de descoperitorii drogului "nootrope".

Studiile clinice efectuate cu metoda "dublă oarbă", arată utilitatea piracetamului într-o serie de suferinţe cerebrale cronice. Astfel, STEGINK, FERUGLIO şi alţii, administrînd timp de 6 - 8 săptămîni piracetam în cantitatea de 2,4 g/zi (3x8oo mg), unor bolnavi vîrstnici cu sindroame psihoorganice de origine vasculară sau degenerativă, au observat o ameliorare semnificativă a simptomatologiei. S-au diminuat mai ales tulburările mnezice, s-au redus astenia, dar efectul favorabil a fost simţitor şi asupra tulburărilor de percepţie, respectiv asupra stării de veghe. HEINITZ, prin examinări scintigrafice ale creierului, a arătat o ameliorare evidentă a circulaţiei sanguine cerebrale.

Majoritatea autorilor sînt de părere deci, că piracetamul este deosebit de indicat în sindroamele psihoorganice cronice din perioada de involuţie, avînd efecte favorabile asupra vigilenţei, asteniei psihice, asupra tulburărilor de memorie, precum şi asupra labilităţii afective, vertijului şi agitaţiei acestor bolnavi. Administrările parenterale (venoase şi musculare) au dat uneori rezultate superioare celor perorale. La începutul curei s-au administrat chiar şi doze de 8.ooo mg /zi, în perfuzie.

Cerebrastenia posttraumatică reacţionează extrem de favorabil la piracetam: după o doză de 2,4 g/zi, administrată cîteva săptămîni, cefaleea, vertijul cedează, hipersensibilitatea şi iritabilitatea bolnavilor dispare. Totodată se constată o ameliorare evidentă nu numai a atenţiei dar şi a performanţelor intelectuale. (FERREY şi BOUTTIER, BRIHAYE şi colab. şi alţii).

O serie de studii clinice remarcă efectul deosebit de bun al piracetamului asupra sindromului de abstinenţă (sevraj) al alcoolicilor cronici. Astfel, PETTY (S.U.A) a administrat acestor bolnavi la început 4x1 gr/pe cale i.v., trecînd apoi la administrarea unor doze de 4x8oo mg pe zi pe cale bucală. BINDER, administrînd 3x8oo mg pe zi unui lot de 46 de alcoolici, a constatat pe lîngă diminuarea simptomelor de

sevraj, şi creşterea semnificativă a performanţelor intelectuale.

Un alt domeniu de indicaţie al acestui drog este suferinţa cerebrală acută. Tulburările profundă de conştiinţă ce se instalează în perioada acută a traumetismelor craniene, accidentelor vascularecerebrale sau în urma intoxicaţilor , au retrocedat în mare măsură şi destul de prompt după piracetam. TURON şi colab. au tratat loo de hemiplegici spitalizaţi în stare de comă vasculară. In cursul primelor 4 zile, produsul a fost administrat intravenos în cantitate de 6 gr/zi , apoi încă 2 zile în cantitate de 3 gr/zi, continuînd cura cu doze de 2 gr/zi i.v. pînă în momentul în care a devenit posibilă administrarea perorală , după care doza a variat între 3 şi 6 x 4oo mg/zi. S-a demonstrat că numărul supravieţuitorilor accidentelor cerebrale vasculare este evident mai mare după piracetam şi că acest drog are un efect favorabil şi asupra sechelelor imediate ale acestor accidente, facilitînd recuperarea tulburărilor motorii şi a celor afazice (GERAUD). Comele posttraumatice tratate cu piracetam au arătat o revenire mai rapidă la starea de veghe şi un procentaj mai ridicat de supravieţuire faţă de celelal te metode terapeutice.

In literatura de specialitate figurează o serie de comunicări (DE BACK, TURON şi colab) privind eficacitatea piracetamului în delirium tremens , respectiv în stările predelirante. In aprecierea rezultatelor obţinute, autorii amintiţi insistă în mod particular asupra restabilirii rapide a stării de conştiinţă şi dispariţiei agitaţiei confuzo-onirice după 24-48 de ore de tratament. S-a constatat un efect terapeutic deosebit de favorabil în cazurile de predelir, simptomele fiind atenuate după acest tratament în interval de 1-2 zile şi dispărînd complect în cel mult 11 zile (durata medie de dispariţie fiind de 5 zile) (MARX).

CIOCATTO a folosit piracetamul în cazurile de come profunde de origine toxică, cea mai mare parte dintre ele fiind consecinţa ingestiei de substanţe psihotrope şi hipnotice. In aceste cazuri., paracetamul a fost administrat in perfuzie intravenoasă în cantitate de 12 gr în cursul primelor 24 de ore şi de 8 gr/zi în zilele următoare pînă la revenirea completă a pacientului. S-a relevat la aceşti bolnavi o scurtare evidentă a intervalului de reapariţie a reflexelor şi absenţa aproape constantă a simptomelor neuro-psihice, - asociate de obicei cu revenirea din comă a cestor pacienţi.

O serie de autori sînt de părere că acest drog are o acţiune favorabilă în intoxicaţiile acute cu oxid de carbon, în cele însoţite de insuficienţă cardio-respiratorie şi în cele care se produc la persoanele vîrstnice. Pare dovedit şi faptul că piracetamul

reduce semnificativ intensitatea şi durata confuziilor mintale de variate etiologii. In fine, o serie de experienţe au arătat că acest medicament administrat în asociaţie cu neuroleptice potenţializează efectele acestora în cursul unor tratament de lungă durată şi scuteşte bolnevii de efectele secundare nefavorabile ale acestora din urmă.

Experienţele noastre cu acest drog datează din anul 1977. In decurs de aproximativ 4 ani de zile au beneficiat la noi de acest tratament 3o de bolnavi. Dintre aceştia, 2o au fost bărbaţi şi lo femei. Exceptînd 2 bolnavi de 19 ani, vîrsta celorlalţi a fost cuprinsă între 5o şi 82 de ani (75% a cazurilor peste 65 de ani). Un număr de 14 bolnavi (7o%) au prezentat variante sindroame psihoorganice cronice după cum urmează: demenţă arteriosclerotică 5 cazuri, encefalopatie posttraumatice 5 cazuri, demenţă senilă 4 cazuri, confuzii mintale toxice şi infecţioase 3 cazuri, encefalopatie alcoolică 3 cazuri, sindrom Korsakov postdelirium tremens 3 cazuri, as. cerebrală cu stare sechelară după accident vascular de tip ischemic 1 caz. Restul de 6 bolnavi au prezentat variate psihoze şi anume psihoză cicloidă motilitară 2 cazuri, melancolie de involuţie 2 cazuri, faza depresivă a PMD 1 caz, schizo-depresie 1 caz.

Medicamentul a fost administrat peroral (preparatul Normobrain respectiv Nootropil) dozele fiind cuprinse între 8oo şi 24oo mg/zi. Unii dintre bolnavi cu tulburări evidente ale ritmului nictemeral au primit numai de 2 ori de zi (dimineaţa şi la prînz), dar la majoritatea pacienţilor doza zilnică a fost împărţită în trei prize. Cele mai bune rezultate am obţinut la prima grupă a pacienţilor noştri, sindroamele psihoorganice cronice apărute la vîrstnici, arătînd ameliorări semnificative sau chiar surprinzătoare în peste 8o% a cazurilor. Numai 2 cazuri de demenţe avansate nu au reacţionat la acest tratament. Rezultatele cele mai favorabile le-am obţinut în cazul confuziilor mintale, al encefalopatiilor alcoolice şi posttraumatice , respectiv în sindroamele psihoorganice cronice instalate pe fondul arteriosclerozei cerebrale. Cei 6 bolnavi cu diferite psihoze au dat rezultate neconvingătoare, ba mai mult la cei doi bolnavi cu psihoză cicloidă am înregistrat recidive după circa 14 zile de tratament cu piracetam (asociat neurolepticelor) administrat în doze mici (4oo-8oo mg pe zi). Deşi efectele secundare semnalate în literatură sînt neînsemnate, noi am constatat frecvent o uşoară insomnie, nelinişte psihomotorie, chiar şi tendinţă la agresivitate , fenomene ce apar mai ales după tratamente de lungă durată. Insomnia şi agitaţia bolnavilor ne-au determinat uneori să reducem dozele şi în unele cazuri să trecem la administrarea drogului în numai două

prize. Pentru obţinerea răspunsului terapeutic, tratamentul trebuie efectuat cu doze suficiente, minimum 3-4 săptămîni. Indicaţiile principale ale piracetamului vor fi sindroamele psihoorganice ale senescenţei, precum şi confuziile mintale apărute în urma unor agenţi traumatici, vasculari sau toxici. Posologia în cazul administrării perorale " se va începe cu 3x8oo mg/zi , iar după obţinerea efectului dorit se va reduce doza treptat la 3x4oo mg pe zi (eventual 2x4oo mg).

Din cele relatate reiese că piracetamul este primul reprezentant al unei noi grupe de medicamente psihotrope, care deschide noi orizonturi în tratamentul psihosindroamelor organice cerebrale.

BIBLIOGRAFIE

Monografia "PIRACETAM" (Nootropil) - editată de firma UCB Belgia.

CONTRIBUTII LA CHIMIOTERAPIA ALCOOLISMULUI CRONIC

Cs. Csiky, Gh. Grecu, Maria Szentgyörgyi

In tratamentul alcoolismului, alături de psihoterapie un rol important revine tratamentului medicamentos. In chimioterapia alcoolismului se utilizează trei tipuri de medicamente: medicamente somatotrope, psihotrope şi medicamente de repulsie. Acestea din urmă sînt folosite pe scară largă şi astăzi, deşi utilitatea lor este pusă la îndoială de către mulţi autori. Medicamentele de repulsie urmăresc elaborarea şi întărirea unui reflex condiţionat negativ la ingestia de alcool. Dintre drogurile utilizate în acest scop se detaşează disulfiramul (tetraetiltiouran disulfid), descoperit de către SEIZE încă în anul 1825. Disulfiramul folosit la început pentru acţiunea lui vermifugă, este aplicat în tratamentul alcoolismului cronic de către autorii danezi HALD şi JACOBSEN în 1948. Tratamentul cu disulfiram s-a răspîndit în toată lumea, fiind preferat mai ales în ţările europene. Rămîne o metodă aversivă de tratament, utilă doar acelor bolnavi care recunosc necesitatea abstinenţei totale şi care acceptă să se autocontroleze. Inconvenientul major al acestei terapii constă în faptul că disulfiramul trebuie administrat zilnic timp de aproximativ 2 ani de zile, sub control permanent, avînd în vedere tendinţa bolnavilor de a abandona tratamentul după o perioadă variabilă de timp. De multe ori pacientul îl înşeală pe aparţinător prin faptul că nu le înghite sau schimbă tabletele administrate . Pornind de la aceste considerente, din 1978 am iniţiat o serie de experienţe pe şobolani, apoi la om, care au vizat studiul dinamicii efectelor şi eliminărilor disulfiramului administrat peroral sau implantat sub piele. Astfel, am reuşit să determinăm un metabolit al disulfiramului care este dietilditiocarbamatul, ce poate fi pus în evidenţă din urina bolnavilor cu ajutorul următoarelor substanţe: citrat de Na 1o%, sol. de amoniu diluată, sulfat de cupru 5%, alcool amilic. La 1o ml de urină se adaugă în ordine : 1 ml citrat de Na, 1 ml sol. de amoniu, 1 ml sulfat de cupru şi 5 ml alcool amilic. După fiecare adaos se agită violent, iar după adaosul de alcool amilic se agită 2 minute şi se centrifughează (3 minute la 3ooo turaţii pe minut). După centrifugare se filtrează substanţa din partea superioară a eprubetei şi se citeşte extincţia la 47o mm în comparaţie cu un martor. Cunoscînd extincţia, citim de pe curba de etalonare a dietilditiocarbamatului (DDC) concentraţia acestui metabolit în urină (în gama%) Această metodă ne-a permis efectuarea unui control riguros şi asupra administrărilor

ambulatorii de antalcol, permiţînd surprinderea întreruperilor acestui tratament. Cercetările au fost începute la un lot de 2o de şobolani, la care am implantat cîte loo mg de disulfiram cristalizat. Curba eliminărilor a arătat o dinamică relativ neregulată, valorile DDC-ului au fost măsurabile în jurul zilei a 17-a după implantare (55 gama %), atingînd apoi o concentraţie maximă în a 25-a zi (de regulă între 27o şi 8o5 gama%) şi dispărînd complet sau aproape complet după a 42-a zi, socotită de la implantare. Mai tîrziu, la un lot de lo bolnavi alcoolici, internaţi pentru cură de dezalcoolizare, am studiat curba eliminărilor într-un interval de 24 de ore. Pacienţii au primit zilnic 3ooo mg de Antalcol în 4 zile consecutive, fără altă medicaţie sedativă sau roborantă. Determinările DDC-lui din urină au fost efectuate la intervale dinainte stabilite (la orele 6, 11, 14, 17, 2o şi 6). Curbele de eliminare a DDC-lui au fost caracterizate de o şi mai mare varietate faţă de cele obţinute la animale. La unii bolnavi, punctul culminant s-a situat în jurul orei 11, la alţii la orele 14,2o sau chiar la orele 6 dimineaţa (menţionăm că antalcolul s-a administrat în totdeauna la orele 8,oo). Avînd în vedere aceste curbe, am ajuns la concluzia că descompunerile disulfiramului sînt destul de neregulate, dar drogul nu dispare din organism nici atunci cînd valorile DDC-lui devin nemăsurabile. Astfel, în unele cazuri, concentraţia DDC-lui ajunsă în jurul orelor 14 sau 2o la o, ulterior creşte vertiginos. Această constatare duce inevitabil la presupunerea unor factori ce ţin de organismul bolnavului, de metabolismul acestuia, care influenţează evident absorbţia, respectiv descompunerea disulfiramului.

Paralel cu aceste experienţe, începînd din anul 1978 am iniţiat şi studiul clinic al unui lot care cuprinde momentan lo bolnavi, ce au beneficiat de un tratament cu disufiram implantat (tablete ESPERAL). Metoda implantării a fost sugerată în Franţa de către MARIE în anul 1955 şi s-a răspîndit aproape exclusiv în teritoriul lingvistic francez. Autorii elveţieni (BOSS.D, SAUTER.A., şi CORNU F.) efectuează acest tratament sub controlul periodic al concentraţiei plasmatice de disulfiram, respectiv a metaboliţilor săi. Metoda lor se bazează pe faptul că după resorbţie disulfiramul este redus imediat la DDC sau formează "mixed disulfides", cu grupele libere de SH a proteinelor serice. DDC-ul se descompune în continuare în disulfid de carbon (CS_2) şi dietilamină. Aceşti metabolişti sînt cantitativ măsurabili în sîngele pacienţilor. Cercetările acestor autori arată că nu există diferenţe semnificative între etilici şi subiecţii sănătoşi în ceea ce priveşte concentraţia de disulfiram, respectiv a metaboliţilor săi. Dar în grupa etilicilor concentraţia purtătorilor implantului în comparaţia cu ceea a pacienţilor cărora li s-a administrat

drogul peroral, este evident mai scăzută.

Nu trebuie să omutem faptul, că şi în cazul implantărilor, testarea efectelor pe care le are asupra bolnavului combinarea disulfiramului cu alcool, este obligatorie. De aceea, înainte de implantare fiecare bolnav trebuie să facă o cură de dezintoxicare obişnuită cu antalcol. Contraindicaţiile implantării sînt identice cu cele semnalate la cura cu antalcol. Implantările le-am făcut în teaca muşchiului abdominal oblic extern de partea stîngă, la nivelul spinei iliace anterioare superioare, în condiţiile unei mici intervenţii chirurgicale obişnuite. Complicaţii chirurgicale nu am înregistrat. Studiul eliminării DDC-lui la acest lot de bolnavi arată că disulfiramul implantat îşi pierde complect eficacitatea după trei luni de zile (şi nu după 6 luni cum afirmă unii autori). In ciuda faptului că autorii elveţieni au găsit o concentraţie mică a disulfidului de carbon în sîngele bolnavilor cu Esperal implantat, chiar şi în primele 3 luni (o,o3-o,14 mg/ml) totuşi reacţia etanol-disulfiram apare. Deşi noi în peste 8o% a pacienţilor am repetat implantările la intervale de 6 luni, nu am seizat recidive, cu excepţia unui singur caz de recădere de scurtă durată. O influenţă hotărîtoare asupra conduitei pacienţilor cărora li s-a sugerat o eficienţă a implantelor de 6 luni, pare să o aibă frica de reacţia etanol-disulfiram pe care pacienţii au trăit-o înaintea implantării. Trăirea unei "operaţii" şi astfel somatizarea psihologic favorabilă a suferinţei psihice, cît şi importanţa care i-a fost dată metodei, au şi ele efectul lor. Din cele de mai sus reiese şi importanţa psihoterapiei, deoarece un tratament aversiv fără întărire psihoterapeutică devine de multe ori ineficace şi chiar dăunător. După o serie de autori, această terapie "agresivă" poate să strice relaţia dintre medic şi bolnav, pentru care asocierea ei cu psiho- şi socioterapie este inevitabilă.

Rezultatele noastre la acest lot mic de bolnavi sînt deosebit de favorabile: deşi majoritatea lor au beneficiat doar de 1-2 implantări la intervale de 6 luni, în prezent toţi sînt abstinenţi. La 3 dintre bolnavii noştri , abstinenţa durează de peste 3 ani de zile.

Totuşi, nu trebuie să ne scape din vedere observaţia lui PATTISON, după care la aceste cure aversive trebuie să avem în vedere motivaţiile alcoolicilor, care de regulă sînt diferite. Dacă motivaţia alcoolicului este abstinenţa , iar relaţia cu medicul curant este bună, primind sprijin şi din alte părţi (familie-loc de muncă, etc) - numai în aceste condiţii terapia cu disulforam chiar implantat constituie o parte eficace a tratamentului complex al alcoolismului cronic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. BOSS, D., SAUTER, A., CORNU, F : Abstinenzverhalten und Disulfiram-Plasmakonzentration bei Alkoholikern nach Esperal-Implantation-Schweiz. med. Wschr. 106, 1074-1077, 1976.

2. PATTISON, E.M. : Ten years of change in alcoholism treatment and delivery systems. Am. J. Psychiatry 134, 3, 261, 1977.

3. Revista "Alkohologia" (l. magh.) - exemplarele din anii 1977-1980.

DATE CLINICO-STATISTICE ASUPRA DETERMINARILOR ORGANICE ALE ALCOOLISMULUI CRONIC

Sîrbu Aurelia, V. Ban, Tr. Neamţu, Livia Moise, D. Marinca
(Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca)

Repercursiunile sociale ale alcoolismului sînt mai puţin cunoscute şi mai mult bănuite de cei neavizaţi, în timp ce consecinţele sale medicale sînt evident, palpabile, le trăieşte alcoolicul şi le îndură familia sa.

In condiţiile expansiunii şi creşterii consumului de alcool, se constată o creştere, o diversificare a suferinţelor somatice asociate alcoolismului.

Efectele nocive ale alcoolului asupra organismului uman sînt unanim recunoscute. Unele din manifestările viscerale ale sale pot fi explicate prin acţiunea directă a toxicului asupra organului respectiv, în timp ce altele, mai ales de ordin funcţional, pot fi interpretate, cel puţin în parte, prin acţiunea alcoolului asupra sistemului nervos central.

Este important de ştiut în ce măsură unele din suferinţele somatice întîlnite la alcoolici sînt determinate de consumul de alcool sau sînt simple coincidente. Nu este exclus ca unele din manifestările patologice întîlnite în practică şi a căror apariţie e greu de explicat, să fie determinate de consumul de alcool necunoscut de medic şi nerecunoscut de bolnav.

In lucrarea de faţă, ca prima etapă a unor cercetări clinice şi experimentale, ne-am propus un studiu clinico-statistic al determinărilor somatice ale alcoolismului cronic.

Material şi metodă

Cercetarea se referă la 358 de bolnavi de ambele sexe, în vîrstă de 18-7o ani, internaţi în Clinica psihiatrică în cursul anului 198o.

Au fost urmăriţi o serie de parametri biologici, sociali, profesionali şi medicali ca: vîrsta pe decade, vîrsta debutului în alcoolism, durata consumului de alcool, natura băuturilor consumate, toxicele asociate, manifestările patologice somatice asociate alcoolismului, tulburările psihice pe fondul cărora s-a grefat alcoolismul etc.

Datele extrase din foile de observaţie ale bolnavilor au fost grupate pe decade, de vîrstă şi prelucrate statistic.

REZULTATE

Din datele noastre reiese că din totalul bolnavilor internaţi în clinică în cursul anului 198o, lo,73% sînt alcoolici.

Repartiţia alcoolicilor pe decade de vîrstă , aşa cum reiese din fig.nr.1 , indică incidenţa maximă între 31-5o ani, : între 31-4o ani, lo9 cazuri (3o,44%); între 41-5o ani 128 cazuri (35,47%).

Relaţia între vîrstă şi debutul în alcoolism , (fig.nr.2) este următoarea: între 15-2o ani, 142 bolnavi, deci 39,7% ; între 21-3o ani , 153 bolnavi, deci 42,7% ; între 31-4o ani, 48 bolnavi, deci 13,4%; peste 4o ani 15 bolnavi, deci 4,2%.

In ce priveşte durata consumului de alcool pînă la data internării, se constată un consum de mai puţin de 5 ani la:

46 bolnavi	(12,9%)	între 5-lo ani la
81 bolnavi	(22,6%)	între 11-15 ani la
63 bolnavi	(17,6%)	între 16-2o ani la
74 bolnavi	(2o,7%)	şi peste 2o ani la
94 bolnavi	(26,3%)	

Un aspect de o deosebită importanţă este cel legat de natura băuturilor consumate. Se constată că din cei 358 de alcoolici, 265 (74%) folosesc băuturi concentrate, în timp ce numai 93 (26%) consumă băuturi fermentate.

Consumul constatat de alcool este recunoscut de 264 de bolnavi (71%), ocazional de către 91 bolnavi (25,4%), în pusee de către 13 bolnavi (deci 3,6%).

In cazul a 258 de bolnavi se consemnează un consum asociat de tutun, cafea sau medicamente, după cum urmează: tutun la 222 bolnavi (62% din cazuri), cafea la 32 de bolnavi (8,9%) din cazuri), şi medicamente la 4 bolnavi (1,1% din cazuri) (fig.nr.3).

Se ştie că în condiţiile consumului cronic de băuturi alcoolice apar frecvente suferinţe a unor aparate şi organe. In cadrul cazuisticii noastre au fost puse în evidenţă tulburările neuro-vegetative la 179 bolnavi (5o%), din care la 15o bolnavi (41,9%) ele erau asociate cu diferite suferinţe organice, tulburări nervoase la 46 bolnavi (12,9%) suferinţe cardio-vasculare la 41 bolnavi (11,4%), suferinţe respiratorii la 19 bolnavi (5,3%), suferinţe digestive la 241 bolnavi, deci 67,3% din totalul alcoolicilor.

Cointeresările somatice ale alcoolismului au incidenţa maximă între 31-5o ani, avînd următoarea distribuţie pe decade de vîrstă: în decada 21-3o ani 72 cazuri; în decada 31-4o ani 134 cazuri, în decada 41-5o ani 157 cazuri, şi în decada 51-6o ani 71 cazuri.

De regulă, alcoolismul apare pe fondul unei personalităţi modificate. Din acest punct de vedere în cazustica noastră se constată că 84,9% sînt psihopaţi , 7,8% au

nevroze, 3,6% au psihoze şi 3,6% au demenţe.

Discuţia rezultatelor

Din analiza statistică a datelor noastre clinice reiese că în carsul anului 198o, tot al zecelea bolnav internat în clinică a fost alcoolic. Chiar dacă acest procent este mare, el este cu siguranţă sub nivelul real şi nu ne permite decît o evaluare aproximativă a procentului real al alcoolicilor în cadrul populaţiei generale şi prin urmare, al amploarei la care a ajuns alcoolismul. Acest fapt se explică, printre altele, prin aceea că marea majoritate a alcoolicilor aceeptă să fie internaţi sau să solicite internarea în clinică abia în ultimul moment, cînd consecinţele determinate de alcool au devenit insuportabile pentru ei şi numai de timpuriu, cînd aceste consecinţe erau insuportabile pentru familie, pentru anturaj. Aceasta înseamnă că un număr important de alcoolici consumă alcool şi se manifestă ca alcoolici fără să fi fost luaţi în evidenţă. Se deduce deci că nici asupra măsurii în care alcoolismul efectuează starea de sănătate a populaţiei, nu putem avea o imagine suficient de cuprinzătoare. Pe baza cazuisticii din clinică, putem inventaria şi analiza mai mult manifestările patologice patent determinate de formele avansate şi grave de alcoolism şi mai puţin manifestările funcţionale şi lezionale incipiente sau uşoare, evidenţiabile doar prin anumite tehnici fine de investigaţie. Acest aspect al problemei este deosebit de important deoarece la alcoolici internaţi în clinici, de multe ori suferinţele organice sînt atît polimorfe şi intricaţe încît este aproape imposibil să stabileşti o relaţie de cauzalitate între alcoolism şi diversele manifestări patologice.

Se ştie că alcoolul determină alterări morfofuncţionale dintre cele mai diverse, interesînd diferitele organe şi aparate. Statistica noastră pune în evidenţă existenţa unor tulburări funcţionale sau organice la cca. 85% din cazuri. Principalele manifestări apar în ordine descrescîndă la nivelul aparatului digestiv a sistemului nervos vegetativ, a sistemului nervos central şi periferic, aparatului cardio-vascular şi aparatului respirator.

Intrucît analiza acestor date ar pretinde prea mult spaţiu (timp) ne mărginim să dăm doar cîteva elemente explicative şi cîteva aspecte de interpretare a lor. Astfel, trebuie menţionat faptul că întrucît suferinţele determinate de alcoolism cuprind o paletă foarte largă de cadre nozologice, pentru a nu complica prea mult lucrurile ne-am limitat la prezentarea afecţiunilor asociate, pe aparate. In cadrul afecţiun ilor

aparatului digestiv am inclus şi suferinţele glandare anexe: ficat şi pancreas, iar în cadrul bolilor sistemului nervos, atît suferinţele sistemului nervos central cît şi cele ale sistemului nervos periferic.

Analiza datelor noastre scoate în evidenţă existenţa unei relaţii strînse între apariţia determinărilor organice ale alcoolismului şi unii parametrii, ca : vîrsta debutului în alcoolism, durata consumului de băuturi alcoolice, natura băuturilor alcoolice.

Nocivitatea alcoolului pare să fie maximă asupra organismului tînăr. Acest lucru iese în evidenţă cu toată claritatea dacă comparăm datele de la bolnavii decadelor de la vîrsta de 21-3o ani şi 51-6o de ani. In acest caz se constată că la un număr aproximativ egal de alcoolici din cele două grupe, incidenţa suferinţelor organice determinată de alcool este aproape aceeaşi, cu toate că procentul bolnavilor cu vechime în alcoolism mai mică de 5 ani este de 33% în prima grupă şi de numai 6% în a doua grupă. Aceste date par oarecum fireşti, dacă avem în vedere faptul că peste 5o% din alcoolicii decadei 21-3o ani au început consumul de alcool între 15-2o de ani, cînd agresivitatea alcoolului este patentată de instabilitatea neuro-vegetativă şi endocrină caracteristică acestei vîrste. Apoi nu trebuie pierdut din vedere nici faptul că între 51-6o ani consumul abuziv de alcool, îl întîlnim doar la cei care au debutat în alcoolism sau la cei care au avut o rezistenţă mai crescută faţă de alcool.

Intre durata consumului de alcool şi afectarea diferitelor organe există o relaţie proporţională: cu cît creşte durata consumului cu atîta creşte şi frecvenţa manifestărilor organice ale alcoolismului. Numai astfel poate fi explicată creşterea disproporţionat de mare a numărului de cazuri cu afecţiuni asociate, în comparaţie cu numărul de alcoolici în cadrul decadelor 31-4o de ani şi 41-5o de ani.

Un aspect interesant care merită să fie subliniat este acela care se referă la relaţia dintre natura băuturii alcoolice consumate şi tipul de afecţiune organică asociată. Din acest punct de vedere datele noastre par să indice apariţia mai frecventă a afecţiunilor digestive la cei ce consumă predominant alcoolice distilate şi a afecţiunilor cardio-vasculare, în special a HTA, la cei care consumă predominent băuturi alcoolice fermentate.

CONCLUZII

1.- In cursul anului 198o dintre bolnavii internaţi în clinica psihiatrică din Cluj-Napoca tot al zecelea a fost alcoolic;

2.- La un număr total de 358 alcoolici, incidenţa determinărilor organice ale alco-

olismului a fost întîlnită în următoarea ordine descrescîndă: boli digestive 67,3%, boli ale sistemului nervos 12,9%, boli cardio-vasculare 11,4%, boli respiratorii 5,31%;

3.- Afectarea diferitelor organe şi aparate în condiţiile consumului cronic de băuturi alcoolice depinde, printre altele, de vîrsta debutului în alcoolism, durata consumului de alcool şi natura băuturii alcoolice consumate.

4.- Majoritatea alcoolicilor - după datele noastre 72% - utilizează pe lîngă alcool unul, două sau mai multe alte toxice;

5.- Tulburarea psihică de fond pe care se grefează alcoolismul în 84% din cazuri a fost psihopatia.

OBSERVATII CLINICO-TERAPEUTICE ASUPRA ALCOOLISMULUI

Gh. Grecu, Cs. Csiky, K. Szücs, Marieta Grecu-Cărelanu

Intrucît în ultimii ani şi în clinica noastră am constatat o incidenţă mai ridicată ca de obicei a cazurilor internate de urgenţă pentru complicaţii psihopatologice şi somatice ale consumului abuziv de alcool, am considerat necesară abordarea unor aspecte generale şi terapeutice ale alcoolismului. Această incidenţă, se ridică în unele perioade ale anului la aproximativ 25-3o % din totalul bolnavilor spitalizaţi.

Desigur, că în acest sens, făcînd o comparaţie cu structura nosologică a bolnavilor psihici internaţi în prima jumătate a secolului nostru, se constată că locul pe care îl ocupau atunci cazurile de paralizie generală progresivă (azi aproape dispărute din clinicile noastre), este ocupat azi de alcoolici.

Această incidenţă ridicată a complicaţiilor biopsihopatologice ale consumului exagerat de băuturi alcoolice , recunoscută pe plan mondial, a făcut alcoolismul cronic nu numai o "pandemie universală" ci şi o temă importantă şi generală de studii şi cercetări multidisciplinară.

Alcoolismul este o problemă medico-socială de importanţă deosebită, importanţă relevată cu multă pregnanţă de numeroasele publicaţii ce apar tot mai frecvent în literatura de specialitate. De fapt, in ultimele două decenii studiile ce abordează tema alcoolului s-au înmulţit enorm. Astfel, în timp ce în 1967 au fost publicate un număr de 1134 lucrări, din 1973 acest număr s-a ridicat la 2348 şi de atunci numărul acestor publicaţii se află în continuu creştere. Lucrările amintite au apărut în peste looo de reviste şi jurnale cu caracter multidisciplinar (bio-psiho-socio-medical) (editate în lume).

Din cadrul acestor publicaţii, procentajul articolelor şi lucrărilor apărute în reviste şi jurnale de limbă engleză se ridică de la 51% în 1967 şi la 68% în 1973. (fig. 1).

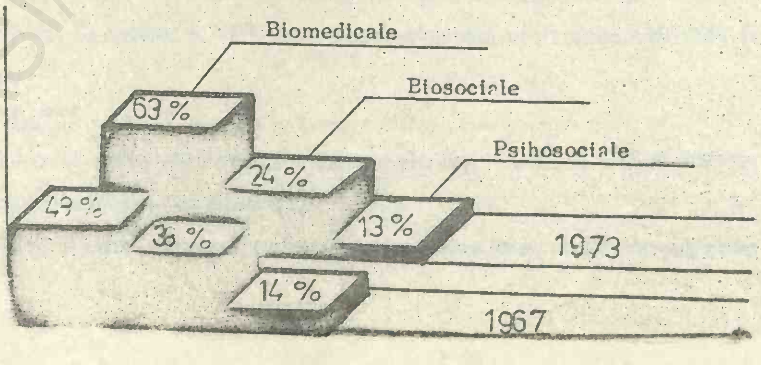


Fig.1.- Prezentarea grafică a lucrărilor axate pe cercetarea alcoolismului şi al complicaţiilor sale, publisate în 1967 şi 1973 în diferite reviste şi jurnale de limbă engleză cu profil biomedical, biosocial şi psihosocial.

După cum rezultă din grafic, în sectorul biomedical apărut cel mai mare număr de publicaţii şi el se află într-o creştere continuă. In 1967 acest sector conţinea doar 48% din literatura legată de alcoolism, dar în 1973 procentajul a crescut la 63%. De fapt, ca mărime absolută - pornind de la 131 lucrări publicate în 1967 - el a ajuns la 406 publicaţii în 1973, ceea ce reprezintă o creştere de peste 3 ori. Componenţa psihosocială şi-a păstrat poziţia relativă , în timp ce sectorul biosocial se pare a se afla într-un uşor declin.

Analiza statistică a publicaţiilor de alte limbi (apărute în 319 jurnale din alte ţări ale lumii) este aproape similară cu articolele şi publicaţiile de limbă engleză. In acelaşi timp trebuie semnalat faptul că studiile alcoolismului au un caracter multidisciplinar şi că cercetările sînt mult mai avansate în ţările în care abuzul şi complicaţiile lui sînt mai mari, ca de pildă SUA, ţară în care aproximativ 10% din populaţie abuzează cronic de băuturi alcoolice.

Studii recente demonstrează o creştere continuă a alcoolismului la tineri şi femei. Numai în SUA (după NICHOLAS PACE 1978) există aproximativ 500000 de adolescenţi alcoolici.

Este foarte îngrijorător faptul că alcoolismul se extinde în rîndul tinerilor şi al femeilor. Cu cîteva decenii în urmă, tinerii apelau mult mai rar la băuturi alcoolice şi mai mult pentru ca să-şi dea importanţă. Actualmente, într-o serie de ţări civilizate şi industrializate, majoritatea tinerilor şi femeilor apelează la băuturi alcoolice şi la alte toxice în dorinţa de a-şi "îndulci" viaţa, şi de a scăpa pentru moment de necazuri, dar după aceste momente cu tendinţă la repetare, necazurile şi amărăciunile vieţii devin şi mai mari şi mai greu de înlăturat.

Bineînţeles, că la tineri şi femei abuzul de alcool face ravagii grave mult mai de timpurii ca la adulţi. Astfel, ciroza hepatică la adolescenţi apare aproximativ după 3-4 ani de consum de băuturi alcoolice, în timp ce la adulţi ea se instalează aproximativ după 15-20 de ani de băut excesiv.

Tocmai datorită creşterii numărului de alcoolici şi a consumului exagerat de băuturi alcoolice, în ţările avansate (S.U.A) , aproximativ 40% din pacienţii spitalelor

de psihiatrie sînt alcoolici. Dar acest procentaj nu reflectează realitatea pentru că foarte multe complicaţii ale alcoolismului (ca de pildă hepatocalcistopatiile, gastroduodenitele, pancreatitele, colitele, anemiile, cardiopatiile, trombocitopeniile, poliradiculoneuritele, epilepsiile, etc) , sînt tratate în alte spitale (interne, chirurgie, cardiologie, neurologie, neurochirurgie, etc) fără ca personalul sanitar să-i diagnosticeze pe bolnav ca alcoolic. Deci, medicii tratează ciroze hepatice, fracturi şi traumatisme cranio-cerebrale fără a trata şi evidenţia în stipularea diagnostibului cauza primară, adică alcoolismul.

Pînă nu demult, consumul exagerat de băuturi alcoolice era considerat ca o problemă morală şi alimentară şi nu medicală şi socială, ceea ce se mai întîmplă şi azi. Tocmai de aceea, de cele mai multe ori alcoolismul rămîne neinvestigat şi netratat ca atare, în timp ce medicii tratează doar complicaţiile lui secundare.

Iată că în urma a numeroase cercetări, alcoolismul este considerat de mai mulţi autori mai degrabă ca o "maladie" decît ca o indiosincrazie , problemă socială sau deficienţă a unei persoane. Dar în ultimii ani apare tot mai frecvent în literatura de specialitate ideea că "alcoolismul" este mai degrabă un simptom secundar unei tulburări afective fundamentale, decît o maladie de sine-stătătoare.

Pornind de la faptul că alcoolul este tranchilizant, el este frecvent utilizat (chiar în exces şi abuz) cu scopul de a înlătura sau stăpîni un simptom indezirabil, sau de a-şi atenua şi depăşi raporturile conflictuale cu realitatea. Cu toate că individul , de cele mai multe ori nu are o idee clară de ce bea, se pare că excepţionala remarcă făcută de SAMUEL JOHNSON (17o9-1784), că : "într-o sticlă , nemulţumirea caută alinare, laşitatea , curaj şi timiditatea încredere în sine", reprezintă tocmai aceste cauze emoţionale - adaptive pe care cel în cauză ar dori să le ascundă.

Cercetările recente indică existenţa unui substrat organic (genetic-metabolic) chiar în psihozele majore - (schizofrenii, psihozele maniaco-depresive şi altele) - fenomen ce poate fi extrapolat şi în cadrul alcoolismului cronic. Dar în timp ce nu există nici-o conexiune directă între dezechilibrul clinic şi alcoolism , conexiunile indirecte sînt mai evidente. Astfel, individul dominat de simptome incomode, dublate şi de sentimentul incapacităţii de a se adapta şi achita de obligaţiile cotidiene, recurge la băuturi alcoolice pentru alinarea acuzelor psihosomatice, destul de discrete dar persistente, sau pentru a şterge şi uita (pentru moment) situaţia sa reală şi neplăcută.

Freed (1975), în lucrarea sa "Alcoolism şi schizofrenie" este de părere că uneori intoxicaţia alcoolică maschează (înnăbuşe), unele manifestări psihopatologice, ajungînd pînă acolo încît să susţină că există mulţi pacienţi a căror schizofrenie s-ar manifesta prin beţii necontrolate, în timp ce alţii sînt de părere că abuzul de băuturi alcoolice este un factor precipitant al schizofreniei.

TAYLOR (1976) vorbeşte în acest sens chiar de o "schizofrenie de tip alcoolic". HAGNELL (1973), WOONDRUFF şi colab.(1973), KNOTT şi colab.(1974) şi PADINA (1975), sînt de părere că alcoolicii constituie un grup foarte eterogen în antecedentele cărora se pot descoperi simptome pe care alcoolul le-a influenţat decisiv, ajungîndu-se astfel repede la o dependenţă psihică şi apoi fizică. După aceşti, autori simptomele emoţionale (nelinişte, indispoziţie, anxietate, tendinţe agresive şi autoagresive sau suicidare, etc) existau chiar înainte de a se instala alcoolismul cronic, dar tot aşa de bine se poate presupune că şi alte simptome de intensitate subclinică (subpsihotică) comune altor maladii psihice, se pot întîlni în perioada premorbidă a personalităţii indivizilor deveniţi ulterior alcoolici.

Din studiul lucrărilor de mai sus, precum şi din observaţiile noastre clinice, se poate deduce că, în general, alcoolismul în sine nu este o boală, ci mai degrabă o manifestare psihopatologică secundară unor tulburări emoţionale fundamentale întîlnite nu numai în psihozele afective, ci şi în alte maladii psihice.

SUGERMAN şi TARTER (1976) sînt de părere că menţinerea noţiunii de boală a alcoolismului este destul de cumplită şi că ea denaturează multe fapte deja bine cunoscute. Intr-un alt articol intitulat "Excesive Alkohol in Manic-Depressive Illness", REICH (1974) relevă faptul că "însuşi pacienţii au relatat adesea un exces intenţionat de alcool pentru a-şi diminua simptomele maniace şi o tendinţă de a evita alcoolul în fazele depresive". HERSHON (1974) susţine că alcoolismul este mai degrabă un răspuns comportamental decît o boală. Alcoolismul, generînd o multitudine de probleme sociale, psihiatrice, psihologice şi medicale cere un tratament efectiv şi eficient, dar pentru instituirea unui tratament individualizat este necesară o cunoaştere longitudinală a personalităţii pacientului şi a problemelor sale de adaptabilitate psihosocială. De ex. BIHARI (1974) susţine că "un număr foarte redus de alcoolici apelează la alcool pentru a-şi alina simptomele psihotice. Cei mai mulţi dintre ei beau pentru a-şi uşura problemele de adaptabilitate şi personalitate, sau problemele psihosociale".

In studiul nostru efectuat asupra unui număr de 131 alcoolici internaţi în secţia de

nevroze în ultimul deceniu (1971-198o) am constatat la peste 42% din ei prezenţa unor trăsături şi simptome de tip discordant (verificate uneori şi pe profilele testului MMPI). Aceste trăsături moderate de aspect schizo-depresiv, psihastenic sau paranoide cu perioade de inhibiţie şi retragere autistică erau comune şi altor rude apropiate.

Fenomene depresive de tip subclinic (manifestate prin tentative impulsive spre autosuprimare) frecvent ameliorate sau accentuate uneori, de consumul de băuturi alcoolice le-am întîlnit la 37% din ei , în timp ce la restul de 21% am depistat în antecedentele lor prezenţa fenomenelor de : iritabilitate, agitaţie explozivă, tendinţe hedonice necontrolate cu incapacicatea de a-şi amîna satisfacţiile, tendinţe spre visare, fantezie, violenţă beligerantă, anxietate, indispoziţie nemotivată etc.

In afară de cele amintite peste 61% din totalul bolnavilor au fost hiperactivi în copilărie, dar spre adolescenţă această hiperactivitate s.a redus, apărînd pe lîngă o parte din simptomele amintite şi simptome nevrotice, iar odată cu ele şi înclinaţiile spre uzul şi abuzul de băuturi alcoolice.

Pornind de la aceste aspecte, actualmente se cere ca medicii să fie pregătiţi mai temeinic în vederea prevenirii, recunoaşterii, diagnosticării şi tratării din timp a alcoolismului , cu implicaţiile şi complicaţiile sale bio-psiho-sociale. In cazul în care a vem suspiciuni că unii pacienţi sînt poftatori, dar ei neagă acest lucru (fenomen caracteristic la alcollici) , avem toate posibilităţile ca prin abordarea aparţinătorilor, prietenilor şi colegilor celor în cauză, să confirmăm sau să infirmăm suspiciunea noastră.

Inainte de a trece la tratamentul alcoolicului pentru a avea o şansă de reuşită mai bună e absolut necesar să trezim interesul lui pentru a renunţa la băuturi alcoolice. In abordarea psihoterapeutică trebuie să urmărim determinarea alcoolicului în primul rînd să dorească şi să vrea să renunţe la băuturi, şi abia pe urmă să trecem la un tratament individualizat. Pentru a-l face să dorească şi, să renunţe la băuturile alcoolice, vom apela la toate implicaţiile şi complicaţiile economico-sociale, familiale, medico-psihiatrice şi legale induse de abuzul de băuturi alcoolice. Dar în primul rînd alcoolicul trebuie să recunoască că face exces în consumul de alcool şi abia pe urmă să se treacă pe primul pas al tratamentului antialcoolic, care este dezintoxicarea. Cura de dezintoxicare durează aproximativ o săptămînă şi ea se poate efectua atît în condiţii de spitalizare, cît şi ambulatoriu, la nivelul staţionarelor de zi , dar sub strictă supraveghere medicală. Imediat după realizarea acestui prim obiectiv - dezintoxicarea - psi-

hiatrul trebuie să treacă la un program de reabilitare, individualizat pentru fiecare alcoolic. Aceste programe se poate realiza fie într-un spital pentru alcoolici, fie într-o unitate sanitară cu profil de reabilitare. Avantajul acestor cure de reabilitare este dat în primul rînd de scoaterea pacientului din mediul familial sau profesional pe care-l stresează sau de care este stresat şi în al doilea rînd de condiţiile speciale care-i asigură posibilitatea unei existenţe controlate, fără alcool, timp în care el poate beneficia de mai multe metode terapeutice, ca de exemplu: ocupaţionale şi psiho-chimio-terapeutice.

In procesul terapeutic şi - antialcoolic şi de recuperare - un rol extrem de important revine familiei şi colectivului de muncă. Intervenţia familiei se poate realiza fie printr-o ameliorare a climatului, fie prin condiţionarea că dacă nu renunţă la alcool şi-ar putea pierde partenerul sau partenera prin divorţ. De multe ori, divorţul apare ca un fenomen inevitabil, care are şi el efectele lui pozitive şi negative pentru membrii familiei care se destramă dar efectele cele mai negative le are asupra alcoolicului. Pe mulţi alcoolici numai ameninţarea cu divorţul i-a determinat să accepte terapia de dezalcoolizare şi recuperare. Efecte pozitive asupra dezvoltării dorinţei şi voinţei de a renunţa la consumul de alcool şi de a apela la o terapie antialcoolică, cu şanse de succes vin şi din partea colectivului de muncă şi al şefilor alcoolicului. Marile pierderi economice realizate prin: scăderea productivităţii muncii, rebuturi, absenţe, accidente etc, întîlnite aproape constant la alcoolici, determină o atitudine critică din partea colegilor de muncă, ce ajung la cele din urmă să le pună în vedere să se trateze sau să li se desfacă contractul de muncă. Deseori, alcoolicul preţuieşte munca sa profesională mai mult decît orice altceva. De fapt, ea îi asigură şi banii pentru băutură şi este un semn al demnităţii sale dacă mai este încadrat în muncă.

Ameninţat de colectiv şi de şefii lui cu pierderea locului de muncă, ei nu fac altceva decît îl conştientizează atît asupra implicaţiilor alcoolismului cît şi asupra necesităţii de a se trata şi a renunţa la consumul de băuturi alcoolice.

Considerăm, că ar fi bine ca psihiatrii în organizarea terapiei antialcoolice să antreneze şi pe foştii lor pacienţi care au reuşit să renunţe la băuturi alcoolice. Acest ajutor constituie chiar pentru ei o sursă de fortificare psihică, de mîndrie altruistă că pot ajuta pe alţii ce se află în prezent în situaţia în care au fost ei anterior.

O serie de autori susţin ca atunci cînd terapia se adresează numai alcoolismului - fără a trata şi elementele de bază ale perturbărilor afectivităţii de bază şi a altor feno-

mene psihopatologice - rezultatele sînt foarte slabe (aşa cum de fapt, le cunoaştem fiecare din practica noastră curentă). Acest tip de tratament poate fi comparat cu administrarea de antinevralgice sau antimigrinice în combaterea cefaleii din meningite sau meningoencefalite, obţimîndu-se pentru moment doar o alinare a durerii, dar nicidecum a maladiei de bază.

Tocmai de aceea este necesară o investigare profundă şi o cunoaştere reală, nu numai a dezvoltării şi formării psihodinamice a structurii personalităţii pacientului ce abuzează de băuturi alcoolice, ci şi starea lui situaţională prezentă, pentru că numai în acest mod vom reuşi să instituim un tratament individualizat bazat pe diferite combinaţii şi modalităţi terapeutice, care să ţintească pe lîngă dezobişnuire şi la echilibrarea şi armonizarea fondului emoţional de bază şi a celorlalte funcţii psiho-motivaţională care de obicei la alcoolici au o vulnerabilitate destul de crescută, fiind decompensate de cele mai uşoare stresuri.

In situaţiile în care problemele situaţionale sînt pentru bolnav mai serioase decît problema beţiei şi a consecinţelor ei, va trebui să-i ajutăm în vederea găsirii unor posibilităţi reale de depăşire a acestori impasuri existenţiale. Deci, iată că focalizarea observaţiilor şi explorărilor noastre asupra problemelor de bază ale alcoolismului ne dau posibilitatea ca în numeroase cazuri să constatăm că excesul de alcool constituie doar o manifestare secundară a unor tulburări primare psiho-emoţionale, camuflate destul de frecvent şi destul de bine "sub masca alcoolismului", mască care trebuie să recunoaştem că nu rareori îi înşeală chiar pe cei mai talentaţi şi experimentaţi clinicieni, psihiatrii şi ne poate orienta greşit atît în privinţa diagnosticului real, cît şi al tratamentului corespunzător şi complex.

In general, alcoolismul este o boală pe care alcoolicul şi-o "cumpără" pe parcursul mai multor ani. In terapia acestei maladii, e necesară o intervenţie în echipă (psihiatru, familie, prieteni, colegi, şefi, alcoolici vindecaţi etc), dar în primul rînd e nevoie de intervenţia eforturilor directe ale pacientului, eforturi materializate prin dorinţa şi voinţa de a renunţa la consumul de alcool. In realizarea acestui deziderat, medicul trebuie să intervină prin precipitarea unor acuze care să-l conştientizeze pe alcoolic că are nevoie de un tratament adecvat. Medicul care subapreciază aceste aspecte va putea observa , cum o mare parte din pacienţi îşi pierd încetul cu încetul familia, prietenii, locurile de muncă, sănătatea şi în cele din urmă viaţa. Deci, cu toate că alcoolicul este un pacient dificil, printr-un proces terapeutic complex (pornit de la

recunoaşterea consumului de alcool , trezirea şi dezvoltarea interesului şi al voinţei de a renunţa dezintoxicarea şi reabilitarea) şi în echipă avem toate şansele de succes, iar pentru medic cea mai mare răsplată este salvarea şi redarea sănătăţii şi armoniei socio-familiale şi profesionale a bolnavilor trataţi.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.- BEAN, K. L. and KARASIEVICH, G. O. -J Stud. Alc. 36:838-52, 1975.

2. BIHARI, B. - Amer. J. Drug Alc. Abuse. N. Y. 1:79-87, 1974.

3. CADORET, R. J. - Arch. Gen. Psychiatry, 37:561-3, 198o.

4. COWAN, L., AULD, F. and BEGIN, P. E., Brit. J. Addiot, 69:199-2o6, 1974.

5. FREED, E. - J. Stud. Alc., 36:853-81, 1975.

6. FRANCES, J. R. - Arch. Gen. Psychiatry, 37:564-6, 198o.

7. GRECU, Gh. - Alcoolismul implicaţii bio-psiho-sociale. Direcţia sanitară, Mureş, 1977.

8. HAGNELL, O., NYMAN, E. and TUNVILG, K. - Brit J. Addict., 69:123-31, 1974.

9. HERSHON, H. J. - Scand. J. Soc. Med., 3:125-31, 1973.

lo. HUBER, N. A. and DANAHY, S. - J. Stud. Alc., 36:123o - 7, 1975.

11. KENNET, T. and SWEILLAM, A. - Arch. Gen. Psychiatry, 37:164-9, 198o.

12. MOLL, K. and NARIN, F., J. STUD. ALCOHOL, 38:2165-218o, 1977.

13. PACE, N. - Drug therapy, 1-29. 1978.

14. PADINA, R. - "Alcoholism", O. H. Review, 5:23, 1975.

15. PLANT, M. - Brit J. Psychiatry, 137:289-9o, 198o.

16. REICH, L. - Amer. J. Psychiatry, 131 (1) : 83-6, 1974.

17. SUGERMAN, A. A. and TARTER, R. E. - "Alcoholism", Carrier Clinic, Princton, New Jersey, 1976.

18. TAYLOR K. F. - Psychopathology, Quartermaine Hause Ltd., Middlesex, England, 1979.

IMPLICATIILE SOCIO-ECONOMICE SI SOCIO-FAMILIALE ALE ALCOOLISMULUI CRONIC

Sîrbu Aurelia, V.Ban, Tr.Neamţu, D.Marinca, Livia Moise
(Clinica Psihiatrică Cluj-Napoca)

In prezent, alcoolismul este considerat ca una din cele mai răspîndite forme de intoxicaţie voluntară şi a patra cauză de deces.

Pe plan mondial, alcoolismul ocupă un loc tot mai important în structura generală a morbidităţii.

Din statistica O.M.S. privind evoluţia alcoolismului în perioada 195o-1975 în o serie de ţări, reiese că în majoritatea ţărilor luate în studiu s-a înregistrat o creştere evidentă a consumului de alcool. Astfel, în RFG, consumul a crescut în această perioadă cu 331%, în Tările de jos cu 319%, în Iugoslavia cu 169%, în Cehoslovacia cu 127%, în Austria cu 122%, în RDG cu 466% etc.

In faţa unei atari situaţii apare pe deplin justificat interesul deosebit manifestat de specialiştii din diferite domenii pentru problema alcoolismului.

In lucrarea prezentă am urmărit unele aspecte socio-economice şi socio-familiale legate de consumul cronic de băuturi alcoolice.

Material şi metodă

Studiul se referă la 358 bolnavi de ambele sexe internaţi în clinica psihiatrică din Cluj-Napoca în cursul anului 198o cu diagnosticul de alcoolism cronic.

Din foile de observaţie ale bolnavilor au fost extrase date cu privire la o serie de parametrii ca: profesia, numărul internărilor şi a zilelor de internare , ambianţa în familia părinţilor şi familia proprie, viaţa profesională, debutul în alcoolism, durata consumului de alcool, antecedentele penale, etc.

Datele obişnuite au fost grupate pe decare de vîrstă şi prelucrate statistic.

Rezultate

Din analiza datelor noastre reiese că din totalul de 3337 internări efectuate în clinică în cursul anului 198o, 358 s-au făcut pentru alcoolism cronic, ceeamce reprezintă lo,73%.

Un aspect demn de reţinut este acela că un procent relativ crescut de alcoolici se recrutează din rîndul pensionarilor şi al persoanelor fără ocupaţie, (8,1o%) şi respectiv (5,59%) din totalul de cca.14%, (fig.nr.1).

Din totalul alcoolicilor, 256 (71,5%) s-au născut şi au crescut în mediul rural, în timp ce 1o3 (28,5%) s-au născut în mediul urban (fig. nr. 2).

Un număr de 123 bolnavi, deci 34,4% au crescut în sînul unor familii dezorganizate sau în ambianţa unor relaţii familiale dizarmonice. In cazul a 93 bolnavi (26%), unul sau mai mulţi membrii din familia părinţilor au fost consumatori de băuturi alcoolice.

Pe planul vieţii familiale şi profesionale, consecinţele consumului de băuturi alcoolice sînt deosebit de grave. Astfel, reiese că un număr de 278 (77,6%) de bolnavi au avut o viaţă familială dizarmonică, cu tensiuni şi conflicte permanente determinate şi întreţinute de alcool, conflicte care în 46 de cazuri, deci 12,85%, au dus la divorţ. Aproximativ 8o% din numărul bolnavilor au de la 1-6 copii, ceea ce înseamnă un număr total de circa 6oo copii, (fig. nr. 3).

Pe plan profesional, un număr de 145 bolnavi (4o,15%) au schimbat 37 locuri de muncă, 155 de bolnavi au avut de la 2 la peste 5 internări în clinica psihiatrică, plus o serie de alte internări în alte unităţi sanitare ale alcoolismului, 31 (8,66%) bolnavi au avut antecedente penale.

Dacă avem în vedere că prin perturbarea de către alcoolici a relaţiilor sociale şi interpersonale un număr de persoane de 6-7 ori mai mare decît al bolnavilor este afectuat de alcoolism, ne putem imagina consecinţele acestor toxicomanii.

Datele noastre sînt de natură să ilustreze mai ales două din determinările alcoolismului: determinările socio-economice şi socio-familiale.

Pentru a scoate în evidenţă implicaţiile socio-economice ale alcoolismului, este suficient să reţinem următoarele fapte:

1. - Alcoolismul, în cea mai mare măsură afectează vîrsta adultă şi vîrsta maturităţii, vîrsta la care capacitatea de muncă şi creaţie a omului atinge cotele cele mai ridicate, în special în domeniul muncii fizice, domeniu din care provine şi cel mai mare număr de alcoolici.

2. - Alcoolicii au beneficiat pe parcursul unui an de 6.242 zile de internare în clinică, cifră care înmulţită cu costul mediu al unei zile de internare ne permite o estimare orientativă asupra cheltuielilor de spitalizare legată de tratamentul alcoolicilor.

3. - Marea instabilitate a alcoolicilor la locul de muncă. Aproximativ 4o% din cei 358 alcoolici înregistraţi de noi au schimbat între 3 şi peste 5 locuri de muncă.

4. - Din cei 358 de alcoolici, 155 (43,2%) au avut în decursul anilor între 2 şi peste 5 internări în clinică pentru alcoolism.

5. - Dacă la toate acestea mai adaugăm absenţele nemotivate de la locul de muncă, actele de indisciplină, randamentul scăzut în muncă, etc, ne putem face o idee despre tributul pe care plăteşte societatea socialistă.

Pe planul vieţii familiale, consecinţele alcoolismului cronic sînt cel puţin tot atît de dezastruoase ca cele economice.

Datele noastre arată că 64,8% din alcoolici au o viaţă de familie necorespunzătoare, cu relaţii dizarmonice, 12,85% erau divorţaţi şi numai 23% ducea o viaţă de familie acceptabilă.

Familiile dezorganizate sau viaţa de familie nesănătoasă generată de alcoolici a efectuat circa 6oo de copii. Pentru copiii crescuţi în ambianţa unor asemenea familii urmările mai ales pe plan psihic, sînt dintre cele mai grave: tulburări psihice, tulburări de comportament etc.

In acest sens, nu trebuie pierdută din vedere nici predispoziţia crescută spre consumul de băuturi alcoolice a copiilor crescuţi în mediul unor familii de alcoolici.

Un ultim aspect pe care ţinem să-l subliniem, este cel legat de incidenţa alcoolismului la femei. Acest element este un factor suplimentar de agravare a urmărilor alcoolismului asupra vieţii familiale. Totodată, la femei consumul de alcool poate duce la apariţia unor tukburări de dezvoltare a produsului de concepţie, leziuni şi malformaţii dintre cele mai diverse.

CONCLUZII

1. - In cursul anului 198o internările pentru alcoolici cronici în Clinica psihiatrică Cluj-Napoca au reprezentat lo,73% din totalul internărilor, ceea ce face ca alcoolismul să ocupe locul pe grupe nozografice.

2. - Alcoolismul cronic a fost întîlnit cu o frecvenţă mai mare la bolnavii între 31-5o ani.

3. - Din tabelul alcoolicilor înregistrată, bărbaţii au reprezentat 86,66%, iar femeile 13,33%;

4. - Consecinţele economice nefaste ale alcoolismului se datoresc afectării predominante a vîrstei adulte şi mature, indicelui de spitalizare crescut, schimbării frecvente a locului de muncă, indisciplinei şi eficienţei scăzute la locul de muncă.

5. - La cazurile studiate de noi, alcoolismul a determinat tensiuni şi conflicte permanente în familie în 68,4% din cazuri şi divorţ în 12,85% de cazuri.

6. - Consecinţele consumului de alcool la 358 de alcoolici au fost resimţite într-o măsură mai mare sau mai mică de cca. 6oo copii.

ROLUL FAMILIEI IN DEZVOLTAREA COMPORTAMENTULUI DEVIAT AL BOLNAVILOR SUFERINZI DE ALCOOLISM CRONIC

Cs.E.Csiky, Gh.Grecu

Conceptul de comportament deviat ("deviant Behavior") a apărut în sociologie în al patrulea deceniu al secolului nostru. Atunci s-a recunoscut faptul că într-o serie de manifestări de comportament tratate în sociologie în același capitol, există doar o singură însușire comună, și anume că fiecare dintre acestea diferă de cerințele, normele sociale acceptate în privința comportamentului și pentru acest fapt aceste manifestări primesc un calificativ negativ în conștiința socială. Această diferență sau deviație a devenit deci caracteristica sociologică comună a acestor forme de comportament. Printre formele de comportament deviat se înșiră delicvența minorilor și adulților, suicidul, alcoolismul, majoritatea bolilor psihice , toxicomania etc.

Sociologul american MERTON a arătat în 1938 că aceste comportamente deviate sînt urmarea unei stări structurale și funcționale viciate ale societății, consecința așa-zisei anomii. (MERTON, 1938, 1957, CLINARD 1964). Anomia apare atunci cînd în societate se ivește o contradicție între scopurile sociale dorite de individ, respectiv căile , posibilitățile care conduc la atingerea acestor scopuri. Termenul de anomie apare încă în 1897 la DURKHEIM, care îl folosește pentru explicația sociologică a unui comportament deviat care este suicidul. După MERTON, faptul că o parte din membrii societății nu sînt capabili să atingă scopurile acceptate de societate prin mijloacele permise, duce la apariția unei tensiuni la indivizii respectivi. Această tensiune îl îndeamnă apoi pe individ la un comportament deviat, care servește la atingerea nelegitimă a scopurilor, sau constituie o încercare de evadare , eventual negarea scopurilor acceptate de societate. Anomia este deci o stare socială viciată sau chiar patologică. Teoria lui MERTON a dat un impuls evident cercetărilor sociologice ale devianței. Majoritatea lucrărilor au vizat cercetarea legăturii dintre anomie și comportament deviat. In urma acestora a devenit neindoielnic faptul că în diferitele forme de comportament deviat mai apare ca o însușire comună și o tulburare , o deformare a personalității. In general, personalitatea este cotată pe baza comportamentului deviat și acest calificativ va fi multă vreme atributul social, iar cel mai important al persoanei în cauză. Așa de exemplu, bolnavul mintal va fi privit și tratat ca bolnav, alcoolistul ca bețivan, delincventul ca delincvent, etc. Toate stările sociale ale personalității devin secundare pe lîngă "rolul" și "statutul" deviat. Acest statut și rol este susținut prin faptul că structura personalității nu permite

sită alternativă în comportament decît cel deviat, respectiv individul este plin de porniri care duc la acest comportament. Oricum, individul devine neconformist, adaptarea la normele sociale devine netulburată.

Actualmente, cercetările socio-psihiatrice se îndreaptă cu precădere spre cea mai arhaică şi cea mai fundamentală formaţie socială care este familia. Rolul central al familiei derivă din funcţia de socializare.

Personalitatea fiind un produs social, care se elaborează în cursul evoluţiei social-istorice a individului ca o consecinţă a interacţiunilor sale cu mediul socio-cultural, - reprezintă asimilarea "în secvenţe" de către individ a experienţei socio-culturale a acestui mediu. Procesul de diferenţiere progresivă a personalităţii presupune mai multe faze sau secvenţe, suprapuse, ceea ce înseamnă că abordarea unei faze superioare necesită existenţa unei integrări anterioare. În procesul de dezvoltare a personalităţii se realizează în parte un program biologic de dezvoltare, dar în mare măsură se petrece un proces de învăţare socială care poartă denumirea de socializare. În socializare, adică în cursul asimilării experienţelor socio-culturale ale mediului, se evidenţiază mai multe mecanisme de învăţare. Aceste mecanisme au o singură însuşire comună şi anume că îşi fac efectul prin intermediul familiei.

Mediul familial efectuează formarea primelor deprinderi constructive, educarea personalităţii. Această educare, la început se bazează pe principiul premizării şi penalizării, trecînd apoi pe calea condiţionării operative, iar mai tîrziu influenţele verbale fac posibilă dirijarea voluntară de către părinţi a procesului de dezvoltare a personalităţii copilului. Dar însăşi personalitatea părinţilor va influenţa prin mai multe căi dezvoltarea psiho-socială a copilului. Condiţionări, imprimări de atitudini diametral opuse cu educarea familiară imaginată pot apare din cauza unor manifestări inconştiente ale părinţilor, ţinînd seama de faptul că personalitatea în plină dezvoltare a copilului este expusă la o serie de comunicaţii neverbale şi că personalitatea părinţilor constituie un model pentru copii pînă la vîrsta adultă. Copilul, în mod inconştient şi inperceptibil pentru mediul familial, încearcă să imită, să-şi formeze un comportament asemănător cu "pattern" - ul familiei proprii. În lumina conştiinţelor actuale, imitarea modelului părinţilor este una dintre cele mai complexe mecanisme de învăţare şi socioalizare, germenii căreia se pot descoperi la vertebratele superioare, mai cu seamă la maimuţele antropoide. Acest mecanism , printr-un termen împrumutat din psihoanaliză şi reluat de socio-psihologie va fi denumit "identificare". Procesul de identificare

nu este doar o simplă imitare, ci înseamnă faptul că personalitatea copilului, prin procese psihologice complicate, își însușește motivațiile, schemele de comportament ale modelului, apoi încearcă să le realizeze (WINCH, 1962 și alții).

Procesul de socializare este ceva mai complex decît educarea, întrucît în acest proces există doar o sferă multidimensională de acțiune prin care părinții, în mod inconștient, formează personalitatea copilului propriu. Implicit , particularitățile familiei în procesul de socializare se transpun copilului.

In dezvoltarea comportamentului deviat, un rol covîrșitor pare să-l aibă particularitățile și mai ales greșelile de socializare. Incidența marcată a devianței printre părinții bolnavilor psihici de exemplu, nu poate fi explicată numai prin prisma eredității ci mai cu seamă prin greșelile de socializare din mediul familial, prin modelurile patologice pe care le-a avut bolnavul în copilărie. Comportamentul , încercările de educare, tendințele de influențare inconștientă ale părinților , eventualele concepții contradictorii de educare uneori traumatizează, tulbură personalitatea în plină dezvoltare a copilului, ducînd la apariția motivațiilor contradictorii, la o stare de tensiune internă

In această ordine de idei, cercetările sociologice în cazul bolnavilor suferinzi de alcoolism cronic arată frecvent un mediu familial hiperprotecționist, raportul mamă-copil pare să fie patologic și strîns legat, influența mamei inhibînd maturizarea Eului copilului, astfel încît bolnavul alcoolic va avea în întreaga sa viață o pretenție evidentă de dependență. Această schimbare de personalitate însă nu este specifică, poate apare și la persoane care nu vor deveni alcoolici niciodată. Insă pe acest fond vor apare mai tîrziu alte influențe nocive, ducînd la apariția formei de comportament deviat al alcoolicului..

Deci, din punct de vedere al dezvoltării unui comportament deviat, prima condiție esențială va fi inhibiția dezvoltării echilibrate a personalității, respectiv dizarmonia acesteia, apărută sub influențele greșite ale mediului familial. Această influență greșită poate fi cauzată de relații conjugale inadecvate, sau de personalitatea dizarmonică a părinților. Dar mediul familial nu numai printr-o asemenea socializare negativă (deci prin tulburarea dezvoltării personalității) ia parte în apariția comportamentului deviat ci și printr-o socializare pozitivă, adică prin modeluri deviate , creînd motivații speciale pentru deviianță în copil. De exemplu, comportamentul deviat nevrotic poate fi transpus direct de la părinte la copil, sau schizofrenicul de multe ori este crescut într-un mediu patologic familial plin de mituri familiale ireale, de negarea

realităţilor umane, într-o lume de aparenţă etc. (WYNNE şi colab. 1958).

In cadrul, alcoolismului cronic, socializarea pozitivă înseamnă faptul că sub influenţa familiei apar pe neobservate o serie de obiceiuri, atitudini legate de consumul băuturilor alcoolice, respectiv în legătură cu beţia. Părinţii acestori bolnavi sînt de obicei consumatori de băuturi alcoolice sau cel puţin tolerează acest obicei. Se întîlneşte relativ rar alcoolismul părinţilor ca un model direct pentru apariţia alcoolismului la copil. Acest fapt pare explicabil deoarece este relativ rar alcoolismul la vîrste tinere, - perioada în care părinţii au copii mai mici, predispuşi la identificare. Totuşi, atmosfera inerentă consumului de băutbri, obiceiul de a bea ca un atribut indispensabil al rolului de bărbat , se înrădăcinează în personalitate în cadrul acestui tip de mediu familial. Rolul instrumental al consumului de băuturi este însuşit în familie, cu alte cuvinte în această perioadă se dezvoltă esenţa concepţiei persoanei despre acest obicei (că acest obicei este bun, te uşurează în caz de situaţii conflictuale, te încurajează, este condiţia sine qua non a intimităţii sociale etc.). Tot sub influenţa familiei, individul îşi însuşeşte obiceiurile şi consideraţiile cognitive ale micromediului, ale microculturii, în legătură cu acest obicei. In general, prin intermediul familiei, prin relaţiile prieteneşti ale acesteia, apar "modelurile secundare" de alcoolizare pentru individ, întruchipate de comportamentul unor persoane ("prieteni ai familiei") consumatoare de băuturi alcoolice. Aceste scheme de comportament, atitudini, reprezentări de valoare legate de alcoolizare rămîn multă vreme latente în personalitatea individului şi se evidenţiază mult mai tîrziu sub influenţa altor efecte sociale, extrafamiliale, dar existenţa lor pare să fie o premisă indispensabilă în dezvoltarea alcoolismului.

Familia ia parte şi printr-un al treilea mecanism în producerea comportamentului deviat, acesta fiind reprezentat de efectul dinamic şi latent al sistemului interacţional familial. De obicei, acest sistem interacţional este net patologic şi echilibrul intrafamilial poate fi menţinut numai atunci dacă unul din membrii acesteia este într-o postură problematică, fiind "ţapul ispăşitor" al familiei cu care ceilalţi membrii poate şi trebuie să se ocupe. Acest individ problematic din sînul familiei, rare ori este un adult, de obicei este un copil,. Mecanismul amintit pare foarte evident în schizofrenie, unde frecvent se constată opoziţia latentă a familiei împotriva tratamentului eficace al bolnavului. (LAING 1960 etc). In această ordine de idei o serie de autori remarcă importanţa bolii copilului schizofrenic în menţinerea unui echilibru relativ familial.

Fără această funcție pe care joacă bolnavul, familia s-ar destrăma sau s-ar evidenția tulburările grave de personalitate ale membrilor adulți.

Revenind la alcoolism, se poate afirma că există cazuri în care pentru a menține legăturile intrafamiliale, unul sau ambii părinți joacă un rol activ, deși inconștient în menținerea alcoolismului copilului. Este vorba de bărbați adulți, care sînt întreținuți și dădăciți de mama lor, fiind legați de aceasta prin legături infantile. In asemenea cazuri mama acționează în opoziție cu tratamentul de abstinență , procurîndu-i băutură, dîndu-i bani pentru aceasta, prin comportamentul ei favorizînd motivațiile de alcoolizare ale pacientului. In teoria foarte spirituală a lui ERIC BERNE, care concepe comportamentul alcoolic cu un joc de societate ("game ") , mama are rolul acelei persoane care conlucrează cu prietenul la beție în înlesnirea alcoolizării copilului ei.

In dezvoltarea comportamentului deviat, pe lîngă aceste trei mecanisme familiale sînt necesare și influențe extrafamiliale. In această ordine de idei, apar așa-zisele grupe de referință ("reference group") , în cadrul cărora se realizează o "socializare secundară" a individului. Asemenea socializare se petrece în diferitele companii de beție, la întîlniri amicale, grupări mici la locul de muncă, etc.

Este necesară în continuare și o situație stresantă , care îngreunează pentru individ suportarea realității interpersonale. Comportamentul deviat apare ca o reacție la această situație de viață. Este drept că asemenea situații conflictuale apar cvasi obligatoriu la persoane cu o socializare deficitară , dat fiind faptul că acestea au pretenții care de obicei nu se pot realiza, iar adaptabilitatea lor este foarte redusă.

Pentru dezvoltarea comportamentului deviat, individul are nevoie de mijloace, respectiv de libertate de acțiune (de exemplu să aibă acces la alcool).

Ultimul factor mai latent ; dar foarte important după unii autori, în dezvoltarea comportamentului deviat, este problema calificării. Aceasta înswamnă că alcoolicul devine doar atunci "deviat" cînd primește acest calificativ de la societate, deci se dezvoltă identitatea deviată a personalității. Or, această identitate deviată este apoi acel factor care menține cel mai mult în continuare comportamentul deviat. Adepții "teoriei calificării " ("labellingtheory") susțin că între alcoolism , ca și în îmbolnăvirile psihice acordarea calificativului deviat prin spitalizare, cură de abstinență etc. accentuează stigmatizarea de către societate a acestor persoane (BECKER 1963, MATZA 1968, etc). Calificativul dat de societate îl va împinge pe cel cu comportament deviat la un grup de devianți unde își va începe o "carieră" . In cadrul grupului deviat se petrece

o altă socializare, însă de această dată neconformistă. Aceste fenomene deci accentuează neapărat devianța individului. In concluzie se poate afirma că dezvoltarea deviației este un proces multifactorial, rezultînd totuşi preponderent din tulburarea socializării intrafamiliale. Această afirmație pare să fie sprijinită de două constatări:
1. Interdependența diferitelor forme de comportament deviat, sau apariția concomitentă a mai multor deviații la aceiaşi persoană. De exemplu în rîndul alcoolicilor există mult mai multe cazuri de sinucideri, boli nevrotice psihotice etc. decît în rîndul populației cu comportament conformist. Acest fapt nu poate fi interpretat altfel, decît acceptînd pluripotențialitatea tulburării de personalitate care se ascunde în spatele devianței. Or, apariția acestei tulburări se datoreşte greşelilor de socializare.
2. O altă constatare este legată de încercările de influențare ale comportamentului deviat. Tratamentul tradițional al acestor forme de comportament este pur simptomatic. Diferitele forme de sancționare joacă un rol important şi astăzi în tratamentul alcoolismului. Chiar şi curele de dezalcoolizare prin metode aversive pornesc de la ideea că alcoolicul are un singur viciu şi anume consumul abuziv şi regulat de băuturi alcolice. In lumina concepțiilor moderne socio-psihiatrice, în tratamentul acestor bolnavi trebuie să se includă şi un tratament cauzal, ca de exemplu metoda de psihoterapie individuală sau de grup, terapia familială etc. Astfel, tratamentul va încerca să corecteze deficiențele personalității rezultate din greşelile socializării familiale în aşa fel încît oarecum să compenseze omisiunile mediului familial. Aceste metode vizează şi o resocializare a bolnavului alcoolic, în decursul lor bolnavii vor învăța noi şi sănătoase modele de comportament, devenind astfel posibilă reintegrarea lor socială.

REZUMAT

In cadrul unui referat general, autorii încearcă să treacă în revistă modul de dezvoltare a comprtamentului deviat, accentuînd rolul mediului familial în acest proces. Analizînd importanța mediului familial sub aspect socio-psihologic şi prin prisma alcoolismului cronic, autorii disting trei factori importanți care acționează în cadrul familiei şi care duc la apariția unui comportament deviat: tulburarea de personalitate (socializare negativă), exemplele patologice, deviate din familie şi tulburările interacțiunilor familiale. Aceşti factori, împreună cu o serie de alți factori extrafamilial (exemple negative, situații de viață, stresante, calificativul de devianță etc.) pot cauza

diferite comportamente deviate, printre care şi deviaţia constatată în alcoolism cronic. Măsurile de restricţie, sancţionare, curele de aversiune folosite pe scară largă, par a fi insuficiente în lupta contra alcoolismului. Acestea trebuie să fie întregite cu tratamente cauzale socio-psihiatrice ca: diferite forme de psihoterapie individuală şi de grup, terapie familială etc.

BIBLIOGRAFIE

1. BECKER, H.S. 1963, Outsiders: Studies in the sociology of Deviance. The Free Press, New York (citat de 7.)

2. BERNE, E. 1964, Games People Play . The Psychology of Human Relationships Grove Press, New York (citat de 7).

3. BOGUE D.J.: Skid Row in American Cities Communithy and Family Study Center,- Univ. of. Chicago, 1963 (citat de 7).

4. LEVENDEL, L., MEREI A.: Az alkoholista beteg személyisége (personalitatea bolnavului alcoolic). Akademiai kiadó, Budapest, 1972.

5. MERTON, R.K. : 1938, Social Structure and Anomie . Amer. Sociol. Rev., 3, p.672

6. MONTMOLLIN G., R. LAMBERT, R. PAGES, C. FLAMENT, J. MAISONNEUVE: Psychologie sociale. Presses univ. de France, 1969.

7. A deviáns viselkedés szociológiája (Sociologia comportamentului deviat). Ed. Gondolat, Budapest, 1974.

IMPORTANTA PSIHOTERAPIEI FAMILIALE LA ALCOOLICI

T.Neamţu, Aurelia Sîrbu, S.Rîndaşu, V.Banu, C.Stamatiu

Este unanim recunoscut că alcoolismul este o boală mai aparte decît celelelta boli, datorită caracterului său complex simptomatic şi al impactului aspectelor socio-familiale. Alcoolismul fiind în acelaşi timp o suferinţă care cunoaşte o largă răspîndire în populaţie, în ultimele decenii a făcut să crească interesul pentru tratament; din acest motiv s-au încercat diferite modele terapeutice, unele orientîndu-se cu preponderenţă spre caracteristicile bolnavilor , iar altele mai ales spre particularităţile socio-familiale (ambientale). Faptul îmbucurător constatat în prezent este că toţi autorii indică rezultate remarcabile şi sînt suficient de optimişti în ce priveşte tratamentul şi readaptarea alcoolicilor. Alături de diversele forme de tratament aplicate bolnavului cum ar fi: psihotropele, psihoterapia,socio-terapia, ergoterapia, participarea obligatorie şi sistematic organizată a familiei, se impuen din ce în ce mai mult ca o necesitate. Participarea familiei este astăzi o premisă fundamentală a oricărei terapii . deoarece alcoolismul nu este o "afacere particulară" sau o "problemă personală" , ci o adevărată problemă crucială comună a întregii familii. Un alcoolic cu o impregnare îndelungată influenţează negativ în mod constant relaţiile din familie, ceea ce va produce o dezorganizare, o adevărată dezintegrare socială. Intr-o asemenea situaţie, tratamentul individual al alcoolicului rămîne insuficient şi iluzoriu, fapt care impune partea terapeutului recurgerea la familie şi includdrea ei în tratamentul şi readaptarea alcoolicului.

Forma sub care se face de cele mai multe ori terapia familială este forma de psihoterapie de grup, ştiut fiind că însăşi familia este un grup natural psihologic şi sociologic. Terapia familială nu urmăreşte o tehnică strîmtă, ultrastandaNizată; ea devine o compoziţie terapeutică , o interferenţă de metode şi proceduri care vor fi combinate după specificul fiecărei familii, în vederea rezolvării problemelor tensionale imediate şi de perspectivă.

In practica psihoterapiei familiale, considerăm necesar de precizat cîteva coordonate importante şi anume:

- cunoaşterea personalităţii bolnavului, a modului cum reacţionează la abstinenţă parţială sau totală faţă de consumul băuturii , a gradului de dependenţă psihică şi fizică, împreună cu reliefarea caracteristicilor psihopatologice apărute după instalarea dependenţei;

- cunoaşterea gradului de toleranţă a membrilor familiei faţă de această practică toxicomanică;

- necesitatea cunoaşterii particularităţilor psihologice ale membrilor familiei, de a avea o imagine cît mai reale asupra angrenajului microsocial al dependentului;

- găsirea unor "zone protective" sau a unui "personaj cheie" atît de necesar în terapia de cursă lungă, a dependentului.

Psihoterapia familială cu "colaboratori cheie" în procesul tratamentului alcoolicilor, este astăzi o entitate recunoscută. Intrucît alegerea personajului cheie reprezintă o garanţie a succesului terapeutic, se impune asigurarea participării sale constante în tot timpul tratamentului, după un program bine organizat de educaţie, muncă şi psihoterapie de grup cu timpul. Acest "colaborator cheie" trebuie să devină un colaborator calificat, "mîna dreaptă" a terapeutului şi să asigure legătura permanentă dintre terapeut şi anturajul bolnavului.

Această formă de psihoterapie familială urmează în cursul evoluţiei mai multe faze evolutive:

1. - Faza primară este perioada de începere a tratamentului şi coincide cu perioada de sevraj, de dezintoxicare şi de tratament de urgenţă a alcoolicului. In această fază se apelează atît la terapie medicamentoasă cît şi la psihoterapia individuală şi de grup alături de programarea unei vieţi cît mai normale, sănătoase şi bine-înţeles fără alcool. Faza aceasta durează în medie două săptămîni, timp în care starea bolnavului se ameliorează evident, ieşind din perioada de urgenţă. Rezultatele bune şi rapid obţinute sînt oarecum periculoase pentru că ele pot provoca o invadare prea mare în forţe proprii, ceea ce duce chiar la întreruperea tratamentului. Din acest motiv, familia trebuie avertizată de a participa la întregul proces terapeutic cu încredere şi răbdare.

Faza a doua coincide cu perioada tratamentului activ-intensiv. Metoda principală în această fază este tratamentul în grup cu bolnavul şi anturajul său. In această perioadă este necesar a se aplica forme diverse de activitate ca: a) activităţi educative-obligaţia bolnavului şi a familiei de a asista la o serie de şedinţe de informare şi documentare asupra alcoolismului şi igienei mintale. b) activităţi psihoterapeutice şi socioterapeutice, care nu au ca scop recunoaşterea mai precisă a bolii şi a consecinţelor sale; c) activităţi socio-recreative aplicate după înclinaţii, cerute şi posibilităţi.

În această fază, bolnavul şi familia sa sînt angajaţi la maximum pentru că acum se termină un bilanţ personal şi se va face un plan pentru viitor care va cuprinde modificare

comportamentului, alături de soluționarea corespunzătoare a problemelor familiale și profesionale. Durata acestei faze este variabilă de la caz la caz.

Faza a treia este perioada de readaptare la o viață normală, fără alcool. Bolnavul ajunge progresiv la o reabilitate și la o resocializare constantă, reintegrîndu-se în viața obișnuită în care a trăit înainte de consumul abuziv. Tratamentul prezent are caracterul terapiei familiale autentice, faza aceasta corespunzînd în mare măsură cu o postcură propriu-zisă.

Faza a patra, denumită și faza finală, este adevărata perioadă de normalizare și de stabilizare. Bolnavul și familia sa evoluează spre stadiul de echilibru și de independență completă. Acum este momentul cînd terapia activă și dirijată ia sfîrșit.

Timpul necesar unei terapii familiale este în jur de 2 ani.

Psihoterapia familială devine mai eficientă dacă după ieșirea bolnavului din staționar familia acceptă rolul de cenzură față de preocupările morbide ale acestuia, ceea ce înseamnă un plus de efort și de atenție, spre a nu lăsa bolnavul "însingurat" cu oscilațiile și îndoielile sale.

Psihoterapia familială joacă un rol decisiv mai ales în cazul alcoolicilor tineri, unde ambianța familială poate fi uneori hotărîtoare. La acești bolnavi, nu este suficientă numai asigurarea unor condiții favorabile, de existență și stabilitate, este obligatorie și găsirea unor noi forme de încadrare constantă profesională. Distonanța constatată în ultimii ani între maturizarea somatică precoce și întîrzierea maturității psiho-sociale, constituie unul din factorii în care psihoterapia familială poate fi un factor preventiv în apariția aloolului. Psihoterapia familială, după părerea noastră, poate solda cu un eșec cînd apar probleme de "intoleranță" , de "nepotrivire" între parteneri sau și cînd în familie există mai mulți membrii cu personalitățile dizarmonic structurate. In psihoterapia familială, de cursă scurtă este important de a încuraja și sublinia mereu reușitele terapeutice ale pacientului, medicul atrăgînd familiei necazurile care le implică libertatea de a consuma alcool și pericolul recidivei atunci, cînd întreruperea abstinenței se va face la sfatul unor așa-ziși prieteni, sau "indulgența" legată de consumul de cantități mici de alcool, sau de băuturi slab alcoolizate cum este berea.

In concluzie, psihoterapia familială, ca o ipoteză de lucru în cazul alcoolului, pare să fie în condițiile și la actualele mijloace terapeutice, o verigă importantă în consolidarea terapiei în general și rezolvarea unor cazuri în special.

Bibliografia la autori.

UNELE ASPECTE PSIHOLOGICE INTILNITE LA STUDENTII STRAINI DE LA I.M.F. DIN TIRGU-MURES

Gh.Grecu, Voichiţa Aşgian, Cs.Csiky şi Stela Crăciun

Una din caracteristicile de bază ale etapei actuale o constituie dezvoltarea ştiinţei şi informaticii ale căror implicaţii sînt omniprezente în toate domeniile activităţii umane. Azi se vorbeşte tot mai frecvent despre "universul informatizat" care, pe lîngă faptul că va uşura munca şi va lărgi orizonturile oognitive, va contribui şi ka dezvoltarea unui nou tip de gîndire şi de om creator. In acelaşi timp şi medicina contemporană se caracterizează prin uriaşele progrese obţinute în ultimile patru decenii, progrese care ecgivalează cu tot ceea ce s-a realizat în decursul istoriei sale îndelungate. Aceste progrese au contribuit nu numai la îmbogăţirea şi la lărgirea orizontului cognitiv ci şi la creşterea eficienţei mijloacelor de investigaţie, diagnosticare şi poofilactico-curative.

Tocmai explozia informaţională care a dus la îmbogăţirea cunoştinţelor omului contemporan, mecanizării şi automatizării, a determinat , pe lîngă o creştere vertiginoasă a numărului de studenţi ("explozie şcolară"), şi o etapă mai prelungită de educare şi armonioasă judicioasă a cunoştinţelor şi deprinderilor necesare prntu o bună adaptare şi pregătire eficientă în exercitarea profesiunii alese.

Dar în faţa acestor enorme acumulări, de date sînt sînt necesare eforturi generale, atît în scopul selectării cunoştinţelor existente în domeniul medicinii contemporane, cît şi în scopul aducerii lor la cunoştinţa celor interesaţi printr-un proces instructiv-educativ, proces care începe însă din anii studenţiei şi se continuă apoi prin alte sisteme organizate sau neorganizate de informare şi autoinformare.

Deci, în epoca noastră ideea educării studenţilor prin muncă şi pentru muncă necesită o permanentă stimulare la ei a unei atitudini conştiente şi active faţă de studiu, activitate şi deprinderea unor anumite tipuri de comportament şi îmbogăţirea culturii generale şi umanistice în scopul lărgirii posibilităţii lor cognitive , dublate şi de o atitudine umanistică.

In ţara noastră, în ultimele trei decenii s-a dat şi se dă o mare atenţie dezvoltării învăţămîntului. Este şi normal ca universităţile şi institutele noastre de învăţămînt superior să fie frecventate şi de studenţi străini , în special de cei proveniţi din ţările în curs de dezvoltare, ţări cu care sîntem în strînse relaţii de colaborare şi ajutor

reciproc. In această situaţie, nouă ne revine sarcina de a crea cele mai bune premise pentru o muncă încununată de succes, ţinînd cont şi de faptul că tinerii din ţările în curs de dezvoltare au de luptat împotriva subdezvoltării, subnutriţiei, analfabetismului, şi a consolidării independenţei politico-economice a propriilor ţări eliberate de sub jugul colonialismului.

Concomitent însă cu creşterea enormă a numărului de instituţii de învăţămînt superior şi a numărului de studenţi (de la 17% în 1939 la 73% în 1974 şi cca. 85% în 198o), au apărut şi la noi probleme legate de studiul psihopatologiei universitare, care este de mare actualitate, mai ales în ţările dezvoltate şi superindustrializate. De fapt, încă din secolul al XVII-lea, COMENIUS reliefa necesitatea, imortanţa ocrotirii stării de sănătate a tineretului studios, ocrotire căreia abia în ultimele decenii i se acordă o atenţie deosebită.

Datorită afluxului de studenţi străini în instituţiile noastre de învăţămînt superior, considerăm că, tema aleasă constituie o expresie a grijii pe care le-o purtăm în scopul adaptării lor eficiente la noile condiţii de solicitare intelectuală. Unele referiri asupra aspectelor psihopatologice întîlnite la studenţii străini au făcut în lucrările lor şi alţi autori (ZIOLKO, 1966; DORNER, 1967; SPHRLING, 1967; BAUMEYER, 1968; PFEIFFER, 1969; MOELLER, 1969; FANAI, 197o; OKASHA şi colab. 1977) care evidenţiază o incidenţă mai ridicată a tulburărilor psihice la aceşti studenţi, în comparaţie cu studenţii indigeni. In toate lucrările amintite, autorii se ocupă de tulburările psihice ale studenţilor care deja au fost consultaţi şi trataţi psihiatric. Dar aşa cum semnalizează FANAI (197o), am constatat şi noi că imaginea structurii premorbide a personalităţii şi a modului de reacţie a studenţilor indigeni se poate constitui printr-o explorare conştiincioasă, în timp ce la studenţii străini sînt mult mai dificili de realizat aceste obiective. Desigur, că aceste dificultăţi sînt generate în primul rînd de lipsa unui vocabular diferenţiat şi bine nuanţat a limbii noastre, prin intermediul căreia studentul bolnav să poată exprima dinamicii trăirilor sale interioare şi exterioare, pe care psihiatrul este absolut necesar să o cunoască. In afara celor amintite, semnalăm şi existenţa unor diferenţe în concepţiile de viaţă, cultură, în înţelegerea fenomenelor psihopatologice şi în capacitatea de gîndire abstractă, determinată de mediu, de provenienţă, limbă şi cultură, precum şi de o reticenţă în dezvăluirea antecedentelor şi problemelor dificile personale sau familiale, din care să putem deduce şi stabili etiologia şi terapia cea mai adecvată.

Scopul acestei lucrări se rezumă la găsirea şi descrierea fenomenelor psihopatologice şi a dereglărilor vegetative, care mai ales în perioadele de examene au caracter acut şi contribuie foarte mult la o adaptabilitate dificilă la condiţiile mediului universitar.

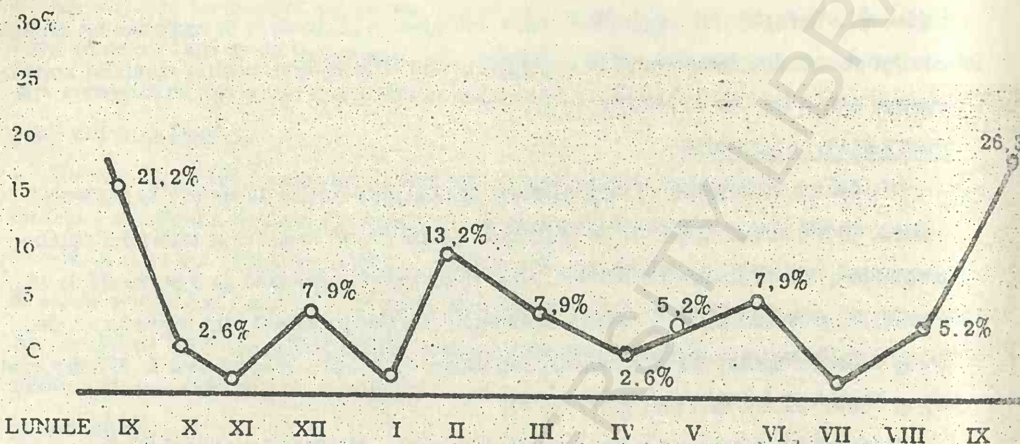
MATERIAL SI METODA

Din totalul studenţilor străini înscrişi în anul universitar 1976-1977 la institutul nostru, 16,1% au beneficiat de un tratament psihiatric în urma unor tulburări psihopatologice. La baza acestor lucrări, stau observaţiile efectuate pe o perioadă de 13 luni (1.IX.1976-30.IX.1977) asupra studenţilor străini proveniţi din: Iordania, Sudan. Irak, Liban, Angola, Siria şi Israel, iar pe ani de studii : 71% din anul I, 21% din anul II, şi restul 8% din anii mai mari III-VI.

Discuţiile noastre cu aceşti studenţi se rezumau la adunarea unor date anamnestice personale şi colaterale, precum şi la descrierea condiţiilor de mediu în care trăiesc în prezent, cu scopul găsirii ponderii factorilor care au contribuit la apariţia fenomenului psihopatologice şi la diminuarea posibilităţii lor adaptive la eforturile universitare. Dificultăţile în discuţii se legau de o oarecare reticenţă, care poate că era accentuată şi de faptul că nu cunoşteau bine limba şi mai ales nu aveau capacitate lexică de abstractivare pentru a-şi descrie trăirile şi acuzele proprii.

In consultaţia psihiatrică am urmărit cu precădere cunoaşterea problemelor psihice ale studentului, ca apoi printr-o terapie adecvată să-l ajutăm să se adapteze cu eficienţă la sarcinile sale de pregătire profesională completă şi umanizată. Numai în măsura în care studentul simte acest ajutor, el apelează cu încredere la serviciile noastre.

Cele mai frecvente consultaţii acordate studenţilor străini au fost solicitate la începutul semestrelor (după cum se poate vedea din graficul de mai jos), cînd de fapt o parte din ei aveau încă examenele restante, cu o perspectivă nesigură şi aşteptare penibilă, şi cînd de fapt începutul semestrelor constituie o situaţie mai mult sau mai puţin stresantă, care cere din nou eforturi de adaptabilitate pentru studiu şi activitate practică , la care se mai adaugă şi despărţirea de mediul lor familial şi de ţară, trăind astfel un "sentiment de singurătate", sau de înstrăinare şi altele.



Repartizarea pe luni a consultaţiilor efectuate.

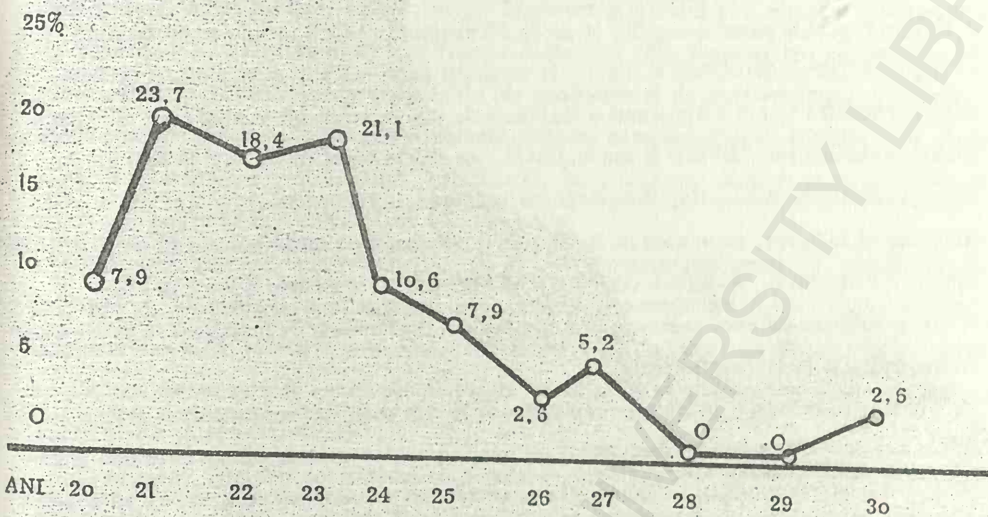
REZULTATE SI DISCUTII

Din observaţiile noastre rezultă că din totalul studenţilor străini 16,1% au prezentat diferite forme de manifestări psihopatologice , în timp ce la studenţii noştri indigeni asemenea tulburări am întîlnit doar la 3,8%, ceea ce reprezintă un raport de 4,35 la 1. Desigur, că această incidenţă ridicată de perturbări psihice la studenţii străini este generată de o constelaţie de factori care ar favoriza o fragilitate şi o vulnerabilitate psihică superioară în comparaţie cu studenţii indigeni. Probabil că această vulnerabilitate este accentuată de : suprasolicitarea nervoasă şi intelectuală, dublată de o permanentă tensiune emoţională şi de riscul eşecului, activitate sedentară, nerecunoaşterea corespunzătoare a limbii şi a obiceiurilor, colectivitatea şi mediul nou departe de familie şi ţară, dorul de cei dragi, condiţiile climaterice deosebite faţă de cele în care au trăit, dependenţa economică, conflictele din orientul mijlociu şi alte zone africane, (de unde sînt majoritatea studenţilor), pierderea unor persoane apropiate, etc.

Referitor la sex, arătînd că numai 5,27% au fost de sex feminim şi restul de 94,73% de sex masculin, trebuie să evidenţiem faptul că din totalul studenţilor străini 93,65% au fost băieţi şi numai 6,35% fete. Pornind de la acest raport care este de 14,7 la 1 în defavoarea fetelor, rezultă că tulburările psihice la ambele sexe sînt apeoximativ egale adică 15,25% la băieţi şi respectiv 13,33% la fete.

Vîrsta medie a studenţilor observaţi este de 22,84 ani, după cum rezultă din repre-

zentarea grafică de mai jos.



Repartizarea studenţilor pe ani de vîrstă.

Deci, este vorba de o fază adultă, precoce, in care însă studentul nu a juns la o independenţă profesională, fiind încă dependent din punct de vedere economic, de familie sau de cei care-I întreţin pentru studii şi deci nu-şi poate realiza întrutotul dorinţele socio-familiale corespunzătoare dezvoltării sale psiho-biologice cum ar fi căsătorie şi altele. Tocmai pornind de la aceste aspecte, din punct de vedere psiho-biologic, majoritatea autorilor consideră studenţii ca o categorie de adulţi timpurii, iar din punct de vedere social ca adolescenţi, care prin studii universitare obţin noi dimensiuri ale personalităţii şi valorii lor sociale.

Incidenţa tulburărilor psihice întîlnită este de :8,o6% pentru sindrome nevrotice; 3,39% pentru depresii reactive; 2,96% pentru racţii psihogene, 1,27% pentru sindroame discordate; şi o,42% pentru psihoze acute, în timp ce repartizarea procentuală a acestor tulburări pe studenţi străini bolnavi ne dă următoarele date: 5o% sindrome nevrotice, 21,1% depresii reactive; 18,3% reacţii psihogene; 7,9% sindrome discordante şi 2,7% psihoze acute. De obicei, în peste 85%, aceste îmbolnăriri psihice au fost acompaniate de intense şi furtunoase tulburări neuro-vegetative, fenomene care au accentuat şi mai

mult dificultățile de adaptabilitate la condițiile universitare. Din observațiile altori autori legate de incidența îmbolnăvirilor psihice la studenți, amintim proeentajele de 9,1% şi 9% pentru sexul masculin şi de 13,5% respectiv 14,6% pentru sexul feminin, întîlnite de KIDD şi GOLDBECK (1966), la studenții universităților din Belfast şi Edinburgh. IROSIDA (1966) a constatat o incidență de 13% la studenții mediciniști din Otaga (Noua Zeelandă), iar DEVIES şi colab. (1968), de 11% la băieți şi de 24% la fete ce studiază medicina în Australia. Referindu-ne la iindidența tulburărilor psihice ale studenților noştri indigeni, care este de 3,7%, ea corespunde cu incidența găsită de: REIFLER (1966), RYLE (1971), HOWELL (1973) şi OKASHA (1977), cuprinse între 3 şi 5%.

In continuare ne vom referi şi descrie rezumativ formele de manifestări psihopatologice întîlnite la studenții străini.

Sindromul nevrotic de tip neuroasteniform şi mai puțin psihoasteniform întîlnit la 5o%, s-a caracterizat printr-un bogat plimorfism simptomatic. Dintre cele mai supărătoare simptome amintim: indispoziția şi anxietatea augmentate de orice stres generat de mediul înconjurător sau intern, ceea ce le dădea mai degrabă un caracter reactiv decît endogen. Această indispoziție anxioasă acompaniată de oboseală, cefalee, insomnie sau somnolență, inapendență, dificultăți de concentrare a atenției şi de memorare, tremurături, transpirații, palpitații, mucoase ,uscate, fobii legate mai ales de examene, acuze cenestopatice, au accentuat şi mai mult neputința de a învăța şi disconfortul intern şi extern, îngreunînd astfel posibilitățile de adaptare şi de creare a unor relații armonioase intercolegiale. In preajma examenelor 7,9% au prezentat adevărate "reacții acute de panică" dominate de o dispoziție trist-anxioasă, îngustarea conştiinței, iritabilitatea impulsivă, dublate de o furtunoasă dereglare vegetativă.

Depresiile reactive reprezintă 21,1%. Ele s-au caracterizat printr-o mixtură de simptome dominate de tristețe şi anxietate, scăderea capacității intelectuale, a inițiativei şi spontaneității, acompaniate de auto-dezaprobare, deznădejde, cefalee, slăbire generală, inapendență, insomnie, constipație. etc. Destul de frecvent anxietatea constituia o nuanțată durere psihică a depărtării lor de familie şi țară (anxietate de separare).

Reacțiile psihogene întîlnite la 18,3% sînt caracterizate ca un bogat palimorfism simptomatic şi viu exteriorizate, indiferent dacă tabloul este dominat de inhibiție (pasivitate, inactivitate, parestezii şi paralizii funcționale, imposibilitatea mişcării unor segmente, deglutiției, articulării cuvintelor, etc) sau de excitație psihomotorie

(tremurături, sărituri, alergări de ici-colo fără sens, fugă, executarea unor ritualuri, contorsiuni, autoflagelări, urlete, etc). Tristețea și plînsul sînt simptome obișnuite.

Sindromele discordante au fost reprezentate de 7,9%. Majoritatea au debutat prin crize subacute de neliniște psihomotorie (de realizare și de personalizare) și numai un singur caz cu fenomene catatonice inhibate. Aceste simptome erau dublate și de elemente paranoide, depresive, incoerență, halucinații, (mai frecvent tactile) și de un comportament mai mult sau mai puțin bizar sau stereotip.

Psihozele acute le-am întîlnit la 2,7% și s-au caracterizat printr-o obnubilare a conștiinței, intensă stare de agitație psihomotorie, dezordinată și fără sens. Această explozie morbidă, dublată și de alterarea afectivității, gîndirii și posibilităților adaptive a fost declanșată de consumul de alcool (la un student sudanez) și avea trăsături cu semnificații istero-amokoide.

In general, declanșarea tulburărilor psihice descrise mai sus a fost realizată de: insuccese la examene, dorul de familie și de țară, pierderea unor persoane apropiate, insecuritatea familiei în condițiile beligerente din orientul mijlociu, conflicte erotice sau intercolegiale și eșecuri sexuale. De obicei, în majoritatea cazurilor, instalarea acestor tablouri psihopatologice a fost favorizată și declanșată de o constelație multifactorială. Instituirea temei terapeutice s-a făcut în funcție de aspectul fenomenologic al tabloului psihopatologic, iar rezultatele au fost eficiente cu excepția unui singur caz (schizofrenie) care a întrerupt studiile.

CONCLUZII

1.- Din cele de mai sus rezultă că morbiditatea de 16,1% prin afecțiuni psihice, întîlnită la studenții străini se studiază la institutul nostru, este de 4,35 ori mai ridicată față de studenții noștri (3,7%).

2.- Dintre factorii care facilitează creșterea acestor morbidități amintim: schimbarea mediului ecologic, necesitatea de a se adapta la un alt mediu în care predomină suprasolicitarea nervoasă și intelectuală, dublată de o tensiune emoțională permanentă, de nerecunoașterea corespunzătoare a limbii, în care se pregătesc pentru noua lor profesie, despărțirea de familie și țară, sentimentul de înstrăinare de ai săi, unele eșecuri la examene, conflicte erotice sau intercolegiale, pierderea unor persoane apropiate, starea beliderantă din orientul mijlociu, etc.

3.- Toate aceste tulburări psihice indiferent de intensitatea lor, augmentează și

mai mult dificultăţile de adaptabilitate şi performanţele intelectuale, contribuind în mare măsură la insuccesele din sesiunile de examene şi reexaminări, cînd de fapt şi numărul consultaţiilor de psihiatrie solicitate de studenţi este mai ridicat comparativ cumperioadele dintre sesiuni.

4.- In terapia complexă al acestor bolnavi am apelat la o combinaţie între chimioterapie psihotropă şi psihoterapia raţională, obţinînd astfel rezultate foarte bune.

5.- E recomandabil ca în condiţiile noastre de gazde ale studenţilor străini, să recunoaştem bine factorii de risc implicaţi în psihogeneza tulburărilor psihice şi să atenuăm pe cît posibil penetrabilitatea lor în dezechilibarea şi dezadaptarea personalităţii acestor studenţi.

BIBLIOGRAFIE

1. BAUMEYER, E. - Psychosomat. Med. 14:79-9o, 1968.
2. DAVIES? B. -; MOWBRAY, R. M., JENSON, D. - Aust. N. Z. J. Psychiat., 1:46-53, 968.
3. DÖRNER, K. - Nervenartz, 4o Heft, 1:1-8, 1969.
4. FANAI, F.- Psychiat. clin. 3:365-76o, 197o.
5. HOWELL, R., CROWN. D, HOWELL, R. W. - Brit. J. Psychiat. 122:699-7o1, 1973
6. IRONSIDE, W. - M Z. med. J., 65:752-76o, 1966.
7. KIDD, C. B., COLDBECK MEENAN, J. - Brit. J. Psychiat, 112:57-63, 1966.
8. MOELLER, L. M. - Nervenarzt, 4o, Heft, 4:2o3-2o9, 1969.
9. OKASHA, A., KAMEL, M., SADEK, A., LOTAIF, F., BISHRY, Z. - Brit J. Psychiat, 131:149-153, 1977.
1o. PFEIFFER, W. M. - Diskussionsbeitrag. Ed. Thieme, Stuttgart, 1969.
11. REIFLER, C. B. - South Amer. J. med., 6o:171-176, 1967.
12. RYLE, A. - Chap XX. pp 469-481 from Modern Perspective in Adolescent Psychiatry (ed. J. G. HOWELLS), Editura Oliver, Boyd, Edinburgh and London, 1971.
13. ZIOLKO, H. U. - Munch. med. Wschr, pp. 1785, 1966.
14. ZIOLKO, H. U. - Confin. Psychiat., 11:58-66, 1968.

UNELE ASPECTA ALE RECUPERARII IN SINDROAME DISCORDANTE

Voichiţa Aggian, Gh. Grecu, Constantinescu Elena

Practica psihiatrică, pe lîngă activităţile curative propriu-zise se ocupă şi de organizarea asistenţei psihiatrice, stabilind măsurile profilactice şi de recuperare a bolnavilor psihici. Domeniul psihiatric se extinde, pe lîngă descifrarea manifestărilor patologice ale psihicului uman şi la profilaxia lor prin măsuri de psihoigienă şi psiho-profilaxie la tratamentul şi recuperarea sicio-profesională a bolnavilor psihici. Elaborarea măsurilor de psiho-igienă şi psiho-profilaxie este legată de cunoaşterea cazurilor, pentru a putea combate factorii de risc pe care îi înglobează complexul etiologic al fiecărei boli psihice. Practica psihiatrică nu trebuie ruptă de elaborarea unei concepţii teoretice noi care a făcut posibilă îmbogăţirea metodelor actuale clinic, psihic şi socio-terapeutice. De fapt, practica psihiatrică trebuie să se bazeze pe o teorie psihiatrică, pe o concepţie ştiinţifică care să poată explica ansamblul tulburărilor psihice, determinismul şi dinamica lor şi care să ofere cercetării ştiinţifice ipoteze de lucru unificabile. Pornind de la aceste considerente am efectuat un studiu urmărind recuperarea bolnavilor în sindrom discordand trataţi cu ES sau cu alte metode. Studiul s-a efectuat pe o perioadă de lo ani asupra bolnavilor internaţi în clinica de psihiatrie Tîrgu-Mureş. Analiza clinico-statistică relevă următoarele:

Din totalul bolnavilor internaţi 13,55% au avut diagnosticul de sindrom discordant. In sindromul discordant din cei 2184 bolnavi, 1115 au fost femei, reprezentînd 51,o5% şi lo69 bărbaţi, exprimat în procente 49,9%. In ceea ce priveşte repartiţia pe grupe de vîrstă s-au înregistrat următoarele date:

lo-15 ani	1,6%	- 36
15-2o ani	18,8%	- 411
2o-25 ani	23,4%	- 5o9
25-3o ani	17,9%	- 392
3o-35 ani	14,6%	- 318
35-4o ani	9,8%	- 212
4o-45 ani	6,6%	- 144
45-5o ani	4,5%	- loo
5o-55 ani	2,3%	- 51
55-6o ani	o,5%	- 11

Privind numărul internărilor cu sindrom discordant s-au reţinut datele:

62,8%	- 1372	- o singură internare
22,6%	- 494	- cu două intenări
8,4%	- 185	- cu trei internări

2,7% - 59 - cu patru internări
1,6% - 36 - cu 5 internări
o,9% - 2o - cu 6 internări
o,4% - lo - cu 7 internări
o,1% - 8 - cu 8 internări
o,o4% - 1 - cu 9, lo, 11, 13, 14 internări

Repartiţia sindromului discordant în funcţie de ocupaţiile bolnavilor arată următoarele aspecte:

muncitori	33,2%	- 727
membrii CAP	6,4%	- 14o
pensionari	19,4%	- 424
casnice	11,7%	- 256
elevi şi studenţi	11,6%	255
fără ocupaţie	7,6%	- 168
intelectuali	6,7%	- 211
funcţionari	3,5%	- 78
recruţi	o,2%	- 5

Simptomatologia a fost următoarea:

tulburări de comportament	84%	185o
tulburări de comportament	52,4%	1146
autism	84,6%	185o
idei delirante	36,6%	8oo
incoerenţă	6,8%	151
negativism	17,1%	375
derealizare	13,2%	3oo
depersonalizare	13,2%	3oo
anxietate	7o%	1526
ambivalenţă	13,3%	3oo
halucinaţii	32,o5%	7oo
obsesii, fobii	9,15%	2oo
catatonie	12,1%	275
tentetivă de suicidere	8,2%	18o

Tratamentele bolnavilor cu sindrom discordant s-a făcut după cum urmează:

electroşoc	81,9%	177o
come insulinice	22,8%	5oo
neuroleptice	68,6%	5oo
tranchilizante	45,3%	1ooo
antalcool	3,2%	7o

In urma terapiei instituite, 2o19 (93,3%) bolnavi s-a externat în stare ameliorată, 1o8 (4,9%) în stere de remisiune, 231 (1,2%) bolnavi în stare staţionară, 13 (o,5%) bolnavi în stare vindecată şi 3(o,1%) bolnavi decedat. La externare, la un număr de 516 (23,7%) bolnavi s-a acordat concediu medical de durată medie, la 323 (14,7%) concediu medical de lungă durată.

La un număr de 561 de bolnavi reprezentînd 25,6%, s-a indicat pensionarea, iar la 136 (6,2%) s-a recomandat schimbarea locului de muncă, precum şi orar de muncă redus, la un număr de 73 (3,3%) bolnavi. La un număr de 26 eleci şi studenţi (1-1%) s-a recomandat întreruperea anului şcolar. Un număr de 36 bolnavi, reprezentînd 1,6%, au fost internaţi la clinice de boli psihice cronice.

CONCLUZII

Din datele prezentate rezultă că din cei 1635o bolnavi internaţi la Clinica de psihiatrie între anii 1971-198o, 2184 cazuri au fost internate cu diagnosticul de sindrom discordant, cifră care exprimată în procente reprezintă 13,35%. S-a constatat că incidenţa sindromului discordant este crescută la femei, 51,o5%, faţă de sexul masculin 48,o9%. In ceea ce priveşte repartiţia pe grupe, de vîrstă, sindromul discordant este mai des întîlnit între 2o-25 ani înregistrîndu-se un număr de 5o9 (23,4%). Un număr crescut de bolnavi cu sindrom discordant se înregistrează şi între 25-3o ani, 392 (17,9%). Spre 51-6o ani incidenţa bolii scade, ajungînd la 51 bolnavi (2,3%), între 5o-55 ani şi 11 bolnavi reprezentînd o,5%, la vîrsta de 55-6o ani. Tabloul psihopatologic este derulat de tulburări de gîndire, de tulburări de afectivitate, şi tulburări de trăiri ale propriei personalităţi şi tulburări de percepţie. O pondere importantă este reţinută de autism 84.7%, tulburări de comportament 52,4%, anxietate 7o%, ideii delirante 8-36%, halucinaţiile 32,o5%. Cea mai afectată categorie este cea a muncitorilor 33,2%, urmate de categoria pensionarilor 19,4%, şi de cea aelevilor şi studenţilor, 11,6%. Atitudinea terapeutică relevă că accentul deosebit este dat de utilizarea terapeutică cu ES, 81,9%, în asociaţie cu terapie prin come insulinice 22,8%, terapie neuroleptică şi tranchilizantă, 68,6%. S-a avut în vedere şi capacitatea de muncă a bolnavilor, în funcţie de aceasta făcîndu-se diferite recomandări la externare, concedii medicale, pensionări, reducerea orarului de muncă, întreruperea anului şcolar. In urma utilizării acestor metode de recuperare s-a obţinut în 2o19 (la 93,3%) cazuri ameliorarea stării de boală şi s-au reuşit 13 vindecări. Din aceste date rezultă că în procesul de recuperare, în sindromul discordant, alături de terapia electroşocul, terapia cu come insulinice se folosesc şi mijloace de recuperare profesională şi socială a individului care suferă de această maladie.

ASPECTE PSIHOPATOLOGICE CAUZATE DE INRAUTATIREA RELATIILOR ARMONICASE DINTRE SOTI

Gh. Grecu, I. Muntean şi Căreanu- Grecu Marieta

Pornind de la faptul că omul - ca fiinţă socială - nu poate exista în afara societăţii umane şi că însuşi esenţa, lui aşa cum arată MARX, o constituie "ansamblul relaţiilor sociale", ne putem da seama că însăşi natura acestor relaţii şi mai ales natura personalităţii umane nu a fost aceaşi în toate etapele existenţei sale sociale. Dar pe lîngă faptul că omul s-a schimbat şi se schimbă paralel cu relaţiile sociale în care trăieşte, în acelaşi timp prin activitatea sa creatoare şi odată cu transformarea naturii, el îşi îmbunătăţeşte şi propriile sale condiţii de existenţă, adaptabilitate şi comunicare cu semenii săi, eliberîndu-se treptat de sub dominaţia forţelor naturii (2,4,5,8,). Tendinţa omului spre comunicare şi realizarea de legături cu semenii săi şi cu mediul (social) şi natural în care trăieşte, este tot atît de evidentă ca şi senzaţiile de foame şi sete. Deci, pentru a-şi asigura existenţa, omul are nevoie de societate, tot aşa de mult cum are nevoie de oxigen, apă, alimente, etc. (8)

Modelul tradiţional al comportamentului strămoşilor noştri impus de vremurile îndepărtate prin circumstanţe exterioare la necesitatea unei colaborări strînse şi o coeziune puternică între membrii comunităţii constituite din 10-15 familii, ale căror legături şi obligaţii reciproce se realizeau şi sudau prin relaţii de rudenie, aveau drept scop producerea unor bunuri materiale şi lupta pentru a-şi asigura propria lor existenţă.

Cu timpul însă, aceste comunităţi restrînse s-au extins la comunităţi săteşti, apoi la triburi separate (constituite din mai multe comunităţi săteşti), dar în raporturile cărora mai persistau legăturile de rudenie, ca pînă la urmă să se ajungă la societatea modernă ale cărei principii şi norme de convieţuire socială, cantitativ şi calitativ superioare, diferă enorm faţă de cele întîlnite la strămoşii noştri îndepărtaţi. Deci, pe parcursul existenţei sale sociale, omul şi-a cizelat şi adaptat comportamentul în funcţie de schimbările survenite în acest mediu, cît şi de capacităţile sale de adaptabilitate şi învăţare.

Astfel, în etapele istorice în care omul trebuia să lupte singur, sau mai ales în comunităţi mici (bazate pe legături de sînge -familiale), între membrii cărora erau statornicite relaţii neîntrerupte în toate formele activităţii lor, aflîndu-se deci permanent unii lîngă alţii, comportamentul şi comunicările dintre membrii acestor comunităţi

se rezumau la o accentuală dezvoltare a trăsăturilor individualismului şi al proprietăţii private, în care ţelul fundamental era satisfacerea propriilor trebuinţe şi ale micii lui comunităţi, fără a ţine cont de interesele altor semeni sau comunităţi.

In societatea modernă, deşi existenţa grupelor sau echipelor interdisciplinare, bine organizate şi stabile, este inevitabilă în toate formele de activitatea productivă, creator-formativă, cultural-sportivă, etc. ele nu înglobează încă niciodată toată familia.

Constituirea unităţii sau grupelor moderne de activitate cu un program bine stabilit au drept scop realizarea unor obiective limitate şi concrete, în afara cărora fiecare om a muncii îşi trăieşte "viaţa sa particulară". Iată că între timpul acordat activităţii productive şi viaţa de familie, există deja o distincţie netă. Deci, în condiţiile societăţii moderne, existenţa socială a individului se realizează, de obicei în cadrul a două sau chiar a mai multor comunităţi (locul de muncă, şcoală, club sportiv, prieteni, etc) care cuprind doar domenii parţiale ale vieţii, în funcţie de care şi legăturile comportamentale şi de ataşament pot să fie mai intense şi de durată.

Desigur, că cele mai optime dispoziţii comportamentale ale omului sînt adoptate convieţuirii în comunităţi mici, bazate pe o bună cunoaştere a membrilor comunităţii şi pe relaţii de stimă şi încredere deplină între ei. Tocmai de aceea, şi în societatea modernă familia ocupă oun rol extrem de important prin realizarea unei convieţuiri armonioase şi fericite între soţi şi copiii acestora, fără însă ca viaţa lor - datorită activităţii lor productive, socio-culturale, sportive, etc. , prin care îşi asigură existenţa - să evolueze "neîntrerupt" în cadrul acestei mici dar unite comunităţi. In societăţile anterioare, alegerea partenerilor pentru constituirea unei noi familii pornea de la unele obiceiuri tradiţionale, legate de interese economico-materiale, ţinînd cont în primul rînd de necesitatea de a convieţui împreună şi de a munci pentru a-şi asigura existenţa, şi numai într-o mai mică măsură se acorda importanţă simpatiei şi dragostei. In condiţiile actuale, elementul de bază al constituirii unei familii numai este de obicei munca comună, cot la cot dintre soţi, ci tendinţele de atracţie erotică, concepţiile şi preocupările apropiate, bazate pe dragoste, stimă şi încredere reciprocă, care să-i apropie şi să ţină unit în menţinerea fericirii şi împlinirii personalităţii lor.

Deci, iată că în societatea modernă soţii petrec împreună un timp mai redus, fiind dependenţi economcio-social şi de alte comunităţi în care-şi desfăşoară activitatea, şi dacă relaţiile dintre ei nu au la bază sentimente, interese şi preocupări comune, de

multe ori se ajunge la o îndepărtare unul față de celălalt, fenomen pe care îl întîlnim destul de frecvent și care generează diferite sindroame psihopatologice. Bineînțeles că aceste sindroame se pot întîlni și în cazul în care unul dintre soți își pierde partenerul.

Avînd în vedere cele de mai sus și mai ales pe baza observațiilor clinice, am ales un număr de 3o de bolnavi care datorită unor perturbări ale relațiilor dintre soți au necesitat spitalizarea în secția de nevroze. Menționăm că bolnavii au fost repartizați, în funcție de alterarea sau pierderea acestor relații, în trei grupe de cîte lo, asupra cărora ne vom opri în continuare.

Din analiza datelor anamnestice întîlnită la prima grupă constituită din 7 femei și 3 bărbați, cuprinși între 28-6o de ani, se rezultă că părinții lor, mai ales mamele lor au fost personalități sensibile și că 6 dintre ei au decedat pe cînd bolnavii noștrii avea în medie vîrsta de 11 ani. La un interval mediu de 1 an și 7 luni, părintele văduv s-a recăsătorit (4 tați și 3 mame), aducînd astfel în casă o mamă sau un tată vitreg, care nu au fost decît în puține cazuri foarte amabili cu "noii lor copii". Trei dintre acești bolnavi au fost copii unici, iar restul au avut în medie 3 frați sau surori. Antecedente psihopatologice nu am întîlnit. Toți bolnavii noștri au încercat și realizat relații erotice în jurul vîrstei de 19 ani și s-au căsătorit în medie la 23 de ani. Dar rolul dominant în familie a fost jucat de partenerul lor, fără însă ca această dominare să îmbrace aspecte neplăcute, ci din contră le dădea siguranță și încredere, motiv pentru care ei s-au atașat foarte puternic de partener, considerîndu-se pe deplin fericiți și fiind foarte mulțumiți de viața lor conjugală. In intervalul de timp trăit alături de partenerii lor, ei nu au prezentat nici-un fel de acuze psihosomatice. In schimb, imediat după pierderea partenerului (care în urma unor îmbolnăviri sau accidente au decedat în medie după 15 ani de căsătorie) starea psihică și somatică a celui rămas în viață s-a înrăutățit atît de mult încît după cîteva luni sau ani de zile a necesitat să fie spitalizați.

Cele mai neplăcute senzații au fost generate de sentimentul de singurătate și nesiguranță, dublate de indispoziție, lipsă de speranțe, anxietate și în 3 cazuri chiar de preocupări autolitice. La aceste acuze se mai asociază tulburările neuro-vegetative (palpitații, senzații de sufocare, valuri de căldură, frig, cefalee, insomnie, inapetență, tremurături, transpirații, amețeli, etc). Patru bolnavi au încercat să scape de aceste acuze prin consumul de alcool. Dar tocmai această încercare a înrăutățit și mai mult

starea sănătăţii lor. Cele mai intense şi supărătoare acuze le-am întîlnit la 3 bolnavi, în familia cărora nu a existat nici-un copil şi care, deci după pierderea partenerului, s-au simţit mult mai singuri şi neputincioşi, neavînd nici-o posibilitate de a-şi vira trăirile emoţionale şi speranţele sau de a umple printr-o persoană apropiată vidul creat prin pierderea partenerului. Cu excepţia a 2 femei şi a unui bărbat niciunul nu s-a plîns de absenţa partenerului din cauza lipsei unei vieţi sexuale. Toţi aveau foarte vie în imaginea lor amintirea partenerului pierdut, despre care vorbeau cu multă plăcere numai lucruri frumoase.

In familiile în care au existat copii, afectivitatea acestor bolnavi s-a îndreptat spre ei, ceea ce a făcut posibilă o uşurare şi o ameliorare mai rapidă a perturbărilor psihice, dar în schimb, odată ce aceştia au ajuns maturi şi datorită profesiei, milităriei sau căsătoriei au părăsit casa părintească, aceşti bolnavi au retrăit foarte dureros toate aceste evenimente, considerîndu-se chiar inutili şi lipsiţi de speranţe şi capacitate de a exista. Menţionăm că un număr de 6 s-au recăsătorit, dar numai 1 dintre aceştia s-a declarat mulţumit şi fericit, restul susţinînd că actualul partener nu seamănă nici pe departe cu primul. Astfel, că trei dintre ei au ajuns la divorţ (2 erau alcoolici şi 1 era zgîrcit şi brutal).

Din discuţiile avute cu bolnavii a reieşit cel mai frecvent că ei nu suportă singurătatea , care a devenit pentru ei foarte apăsătoare, în care se simt fricoşi şi neliniştiţi şi că doreau să găsească în persoana cuiva un punct de sprijin. De fapt, în cadrul acestor perturbări, depresia reactivă cu o nuanţă endoreactivă a constituit cel mai frecvent sindrom. Omul este dominat de hipomimie, are ochii umezi şi lipsiţi de speranţe, o voce monotonă şi înceată, o lipsă de energie vitală şi disconfort intern. De menţionat că odată cu pierderea partenerului, bolnavii noştrii au devenit mai rigizi şi şi-au restrîns treptat legăturile cu cei din jur, dar după o oarecare timp au reuşit să-şi reia preocupările şi obligaţiile familiale şi profesionale.

Pentru a reuşi să înţelegem mai bine aspectele psihopatologice întîlnite la restul bolnavilor, amintim că un rol important este jucat de gradul de maturizare şi independenţă al personalităţii, precum şi de temperamentul acestora. In cadrul maturizăţii şi independenţei, pe lîngă creşterea numărului de comunităţi de care individul se simte ataşat (în funcţie de aptitudinile, inteligenţa, cunoştinţele şi dispoziţia afectivă), mai întîlnim şi o detaşare conştientă şi o conştiinţă de sine foarte clară în raport cu realitatea, toate acestea fiind dublate de "vitalitate", adică de o capacitate de a accepta,

suporta şi depăşi o doză oarecare de refuz şi împotrivire din partea semenilor săi. Dar în acest context, şi temperamentul normal dominat de caracter are un rol important în maturizarea şi integrarea armonioasă a individului în viaţa socio-familială. In acest sens, temperamentul ciclotinic se caracterizează prin înclinaţii şi posibilităţi uşoare în realizarea de numeroase legături, care de obicei sînt superficiale, în timp ce temperamentul schizotimic realizează mai greu şi deci mai puţine legături, dar ele sînt mai profunde şi de durată. Legăturile optime se situiază la jumătatea distanţei dintre cele două temperamente.

Al doilea grup de lo bolnavi a fost constituit din 6 femei şi 4 bărbaţi, cuprinşi între limitele de vîrste de 36-6o de ani. Patru dintre aceşti bolnavi au fost copii unici, restul proveneau din familii cu mai mulţi copii, dar în antecedentele cărora s-au întîlnit pe lîngă stările conflictuale (generate în 3 cazuri de alcoolsm,) şi raporturi intrafamiliale mai distanţate şi mai reci. Bolnavii respectivi s-au căsătorit în medie la vîrsta de 25 ani, căutînd ca partenerii să aducă în viaţa lor, odată cu figura paternă sau maternă şi o atmosferă mai caldă şi de siguranţă. La 8 dintre ei, la scurt timp după căsătorie, din diferite motive (războiul, armata, studiile universitare,) partenerii au trebuit să trăiască cîţiva ani în afara familiei, la distanţe mari, întîlnindu-se rar şi doar pentru cîteva zile. In 4 cazuri, după reintegrarea familiei, partenerii sau unul dintre ei au ajuns la concluzie că viaţa lor familială e o decepţie, pentru că soţia nu a găsit figura paternală, iar soţul pe cea maternală pe care să se sprijine, deşi în activitatea sexuală nu s-au semnalat nici-un fel de perturbări,. La restul bolnavilor perturbarea relaţiilor intrafamiliale au fost generate de atitudinea dominantă şi egocentrică a unui dintre parteneri şi mai ales de alcoolism, gelozie şi perturbări în dinamica sexuală. De semnalat şi faptul că doi bolnavi se plîngeau că partenerii lor, deşi erau atenţi, politicoşi şi foarte grijulii cu ei, nu se preocupau de nimic , lăsînd toată responsabilitatea şi iniţiativa în grija lor.

In cadrul a 5 familii, relaţiile deşi dizarmonice, din diferite motive sociale şi familiale, legate mai ales de creşterea copiilor, au durat timp de peste 2o ani şi abia după ce copii au ajuns mari, şi-au realizat o profesie şi s-au căsătorit partenerul i-a adus la conştiinţă celuilalt că nu-l mai iubeşte, rămînînd în continuare indiferent faţă de obligaţiile sale, discutînd chiar de divorţ (sau părăsindu-şi familia). Desigur că odată cu cunoaşterea acestor aspecte neplăcute, starea psihică şi la scurt timp şi cea somatică s-a înrăutăţit, cu toate că mulţi dintre ei căutau să dea de o notă de indiferenţă

acestor perturbări ale relaţiilor lor cu partenerii. Cele mai frecvente sindroame psihopatologice erau dele nevrotico-depresive dominate de incertitudine, nesiguranţă, neîncredere, dezinteres faţă de propria persoană, tulburări de memorie şi atenţie, scăderea capacităţii şi randamentului în muncă, insomnie, coşmaruri, tahicardie, tremurări, transpiraţii, extremităţi reci, senzaţii de sufocare şi altele, pentru care au fost spitalizaţi. Sapte dintre aceşti bolnavi, cînd s-au trezit în faţa prăpastiei ivite între ei şi partenerii lor, şi-au pierdut în mare măsură speranţele şi relaţiile avute înainte nu numai cu propriile lor familii, ci şi cu alte comunităţi.

Ultima grupă de care ne ocupăm a fost formată din 5 femei şi 5 bărbaţi, cuprinşi între limitele de vîrste de 4o şi 65 ani, care s-au căsătorit în medie la vîrsta de 24 ani. Aceşti bolnavi provin din familii cu mai mulţi copii, dar care din diferite motive materiale şi familiale au trebuit să muncească de timpuriu pentru a-şi asigura existenţa. In cadrul familiilor din care provin am întîlnit pe lîngă soţi alcoolici (4) şi mame consumatoare de pilule (6) şi relaţii intrafamiliale conflictuale sau dominate de un indiferentism sau chiar o ambivalenţă şi inversiune afectivă (3) , care încă din fragedă copilărie au lăsat o amprentă caracterizată de teamă, insecuritate, suspiciune şi introversiune autistică, la bolnavii observaţi.

După căsătorie, chiar dacă nu au făcut-o în urma unor puternice sentimente de dragoste ci mai mult pentru a scăpa de neajunsurile amintite, o perioadă de timp pînă şa înrăutăţirea relaţiilor între ei şi parteneri s-au simţit bine, chiar mult mai bine faţă de perioada anterioară căsătoriei, devenind foarte grijulii, atenţi, ordonaţi şi economici. Dar odată cu alterarea relaţiilor intrafamiliale au apărut şi tulburările psihice care au îmbrăcat forma unor sindroame schizo-depresive cu elemente paranoide, dominate uneori de stări de iritabilitate, furie, tristeţe, anxietate, şi încă 2 cazuri de preocupări autosuplimare. Elementele discordant paranoide erau exprimate prin întristare autistică, indiferenţă, dezinteres faţă de propria persoană şi de idei de persecuţie, de urmărire şi, otrăvire. La una din bolnave aceste aspecte au îmbrăcat o formă de tip parafrenico-fantastic, ea susţinînd că prin diferite semnale întîmplătoare (trecerea unui elicopter, claxonatul unei maşini, dangătul clopotelor şi clipitul stelelor) i se aduce la cunoştinţă ce are de făcut şi unde trebuie să meargă pentru a se întîlni cu viitorul ei soţi imaginar.

La aceşti bolnavi, datorită unei capacităţi mai deficitare în realizarea unor raporturi afective, după dizarmonizarea relaţiilor dintre parteneri ei nu au reuşit niciodată

să realizeze adevărate sentimente de dragoste, trăind alături de partenerii lor într-o afectivitate autistică.

Deci, din analiza acestor date rezultă şi existenţa unei predispoziţii a bolnavilor respectiv spre diferite forme de manifestări psihopatologice poate fi declanşate, pe lîngă factorii situaţionali-conflictuali, şi de alţi factori psihotraumatici sau somatogeni. In multe din cazurile noastre, relaţiile dizarmonice dintre parteneri au fost suportate mult timp, mai ales la femei, atunci cînd alte relaţii umane, cum sînt copiii, le-oferă posibilităţi compensatorii. Dar în aceste situaţii, încercările mamei de a-şi lega toate năzuinţele şi compensările sale de copiii săi au un efect negativ în procesul formării şi maturizării lor, iar efectele psihopatologice ale mamei se reliefează imediat de copii îşi crează alte orizonturi în vederea constituirii unei noi familii şi mai ales cînd ei părăsesc casa părintească. Tocmai de aceea, întîlnim uneori crize ale unor căsnicii ce din exterior păreau foarte armonioase, crize apărute odată ce soţii şi-au încheiat o sarcină comună legată de creşterea copiilor, situaţie în care legăturile dintre ei nu se pot păstra doar prin sexualitate, care la rîndul ei trebuie să fie nuanţată şi de o încărcătură emoţional-erotică pozitivă.

In general, unitatea şi stabilitatea relaţiilor armonioase intrafamiliale se datoresc atenţiei şi grijii reciproce pentru asigurarea unei vieţi mai bune atît pentru parteneri cît şi pentru copii lor. Dar în acelaşi timp nu trebuie neglijat nici faptul că timpul şi spaţiul acordat activităţii extrafamiliale reduce timpul petrecut de soţi în mijlocul propriei lor familii, ceea ce determină ca la baza căsătoriilor moderne să stea în primul rînd intimitatea sinceră a sentimentelor şi a preocupărilor comune, legate bineînţeles şi de realizarea nevoilor sexual-erotice şi de creşterea copiilor.

Integritatea demnităţii şi independenţa omului sînt cu atît mai de valoare cu cît prin activitatea şi experienţa lui el se simte legat de unele comunităţi şi de un ideal, vorbind de întreaga omenire , ceea ce de fapt îi crează şi capacitatea realizării unei iubiri adevărate şi cuprinzătoare, atît faţă de partener , copii, cît şi faţă de semenii săi, fără a fi egoişti, fără a se retrage şi înstrăina de societatea şi frămîntările acesteia.

De fapt, omul are nevoie de familie şi societate aşa cum are nevoie de hrană, iar atunci cînd relaţiile intrafamiliale şi cele sociale sînt perturbate sau pierdute, ele au un răsunet negativ asupra întregii sale personalităţi, motiv pentru care în asemenea situaţii uneori e nevoie şi de intervenţia terapeutică a medicului.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. CLAGHORN, L. J. - Successful Psychotherapy., Brunner/Mazel, New York, 1976.
2. DANESCU, Gh şi TOMORUG, E. - Probleme judiciare în psihiatrie Ed. Med. Buc. 1973
3. DISERTORI, B. e PIAZZA, M. - Trattato di Psychiatria e Socio-Psychiatria Liviana Editrice in Padova, 197o.
4. FREEDMAN, M. A., KAPLAN, I. H., SADOCK, J. B., - Comprehensive Textbook of Psychiatry/ I, II. The Williams, Wilkins, Batimore, 1978.
5. GRECU Gh. - Unele aspecte ale stărilor depresive, Teză de doctorat, I. M. F. Tg. Mureş, 1971-
6. HOCH, K. und KÖNIG W. - Neurosenlehre und Psychotherapie, Verlag, Jena, 1979.
7. HOWELS, G. J. - Principales of Family Psychiatry., Pitman Medical, London, 1976.
8. JUNG, C. G. - Psychologische Betrachtungen., Rascher, Zürich, 1945.
9. KLINE, S. N. - Factors in Depression., Raven Press, New York, 1974.
1o. KRAUPL, F. T. - Psychopathology., Quartermaine House, Middy, England, 1979.
11. KRETSCHMER, E. - Medizinische Psychologie. Thieme, Stuttgart, 1956.
12. LORENZ, K. - Das sogenannte Böse, Borotha-Schoeler, Wien, 1966.
13. MEYER. J. E. - Death and Neurosis., Int. Univ. Press., INC, New York, 1975-
14. PREDESCU V. - Psihiatrie, Ed. Medicală, Bucureşti, 1976.
15. SCHOTTLAENDER, F. - Das Ich und seine Welt., Klett, Stuttgart, 1959.
16. SLATER, E., ROTH, M. - Clinical Psychiatry, Bailliere Tindall, London, 1977.
17. WEITBRECHT, J. H. - Psychiatrie im Grundriss, Springer-Verlag, Berlin, 1973.

DERMATOGLIFELE IN BOLI PSIHICE

V. Molnar, Gh. Grecu

Ideea transmiterii ereditară a dermatoglifelor şi corelaţiilor acestora cu calităţile psihice ale persoanelor provine de la GALTON F. (1892), care însă nu a publicat cercetările sale, iar noi le cunoaştem după ELDERTON (1924). Aberaţiunile desenelor ("răsturnare") sînt consemnate de către BONNEVIE K. (1924), care totodată arată şi semnificaţia valorii cantitative a desenelor (numărul total al crestelor, care concură la formarea configuraţiilor pe cele 10 degete). Corelaţiile desenelor cu malformaţii congenitale apoi cu aberaţiunile cromozomiale, au fost evidenţiate de CUMMINS şi MIDLO (1943), PENROSE (1951)-(1970), FORD-WALKER (1957), SMITH-TURRAL(1963), HOLT-Sarah (după 1964). Corelaţiile cu bolile psihice au fost evidenţiate în conexie cu manifestări psihiatrice în aberaţiunile cromozomiale şi actualmente pe plan mondial sînt cercetări de acest fel, coordonate de asociaţia internaţională a dermatoglifologiei condusă iniţial de PENROSE şi actualmente de Sarah B. HOLT. La noi în ţară, cercetări mai importante în patologia dermatoglifelor au fost efectuate de către C. LEONID şi C. TURAI.

Cercetările publicate în acest domeniu sînt confruntări ale caracterelor dermatoglifice de la un lot selectat de bolnavi cu maladii cronice, presupunînd rolul unor factori ereditari în etiologie cu un lot martor din populaţie.

Regulile generale de corelare şi nomenclatura internaţională au fost elaborate de PENROSE (Congres internaţional de genetică, Londra, 1968), şi cu îmbunătăţiri ulterioare sînt utilizate şi azi. Dintre aceste norme reamintim doar pe cele mai semnificative:

- desenele importante în diagnostic sînt regăsite asupra mugurilor embrionari de pe degete, palme şi plante;
- configuraţiile normale au o parte deschisă în sens ulnar (fibular) şi sînt situate oblic asupra ariilor, ele fiind aşezate în zonele anatomice corespunzătoare, fiind de asemenea limitate de un triradius. Astfel, pe degete, în total găsim 20 de triradii, pe palme cîte 5 şi pe plante cîte 6. Simetria anatomo-funcţională a extremităţiilor (deget, metacarp III la mîini şi II la picioare) este regăsită şi în desenele delimitate prin triradiusul t.
- tipurile de bază (arc, buclă, laţ gemelar, spirală şi gir) sînt aşezate pe toate

arille, cu sens ulnar (fibular). Cel mai frecvent găsim o buclă care este considerată forma cea mai ideală, (normală) de configurație.

- conceptul de dermatolifoză (desen de tip aberant) se referă la prezența în masă (simultan la mai multe compartimente) a: desene cu sens radical (răsturnare); figuri bideltice; verticalizarea sau orizontalitatea figurilor, numărul excesiv al crestelor (sub 6o sau peste 18o); amplasarea necorespunzătoare cu arii anatomice a desenlor palmare sau plantare; triradinsuri suplimentare; așezarea atipică a liniilor principale A-D; configurații atipice sau confuze etc. Rezultă deci, că "dermatoglifoza" se referă la constituția globală a desenelor și nu găsim stigme specifice în diferite boli. Aceste modificări constituționale sînt însă destul de caracteristice și constante pentru unele stări morbide sau predispoziții ereditare.

In bolile psihice au consemnat dermatoglifoze cu figuri mai complexe - în cazul schizofreniei și epilepsiei - iar în cazul oligofreniei, figuri mai simple. Modificările evaluate statistic pe caractere sînt însă semnalate ca o eventualitate de apariție mai frecventă în aceste boli.

Efectuînd în cadrul Disciplinei de medicină legală Tg. Mureș, în colaborare cu Clinica de psihiatrie, mai multe serii de cercetări asupra dermatoglifelor în populație și la bolnavii cronici de diferite categorii, s-a ajuns la unele corelații utile pentru practică.

Materialul studiat cuprinde 15oo persoane din populație, 2ooo persoane din cadrul cercetării filiațiunii, 2oo persoane cu boală reumatică, 2oo cu boli cronice gastro-intestinale- care reprezintă lotul de comparație. Studiul propriu-zis cuorinde 25o bolnavi cu schizofrenie, 18o cu oligofrenie (nesechelară) și 15o cu psihoză depresivă endogenă.

Metoda de lucru a fost preconizată de PENNROSE și în privința dinamismului tranmiterii - concepția lui ÖKRÖS și HOLT, cu analiză finală "constituțional globală" - propusă de TURAI.

Rezultatele cercetărilor sînt cuprinse în următoarele 8 tabele sinoptice pe caractere:

Tabelul nr.1 Frecvența tipurilor și subtipurilor de dermatoglife digitale:

Tip	Subtip	Populație %	Oligofrenie %	Schizofrenie %	Depresie %
Arc	normal	2,o			3,2
	orizontal	2,o			3,2
	vertical	o,4			o,4
	tendință	5,2		4,3	12,4
	TOTAL:	9,6	7,6	6	19,2

Tip	Subtip	Populaţie %	Oligofrenie %	Schizofrenie %	Depresie %
Bucală	normal	51,5			48,0
	orizontal	1,6			8,4
	vertical	3,2		10,3	1,2
	tendinţă	3,6		3	3,6
	TOTAL:	59,9	61,4	55,6	61,2
Laţ gem.	normal	7,1			0,8
	orizontal	0,3			0,8
	eertical	0,5		2,3	1,2
	tendinţă	0,7		2,0	2,0
	TOTAL:	8,6	14,4	11,-	4,8
Spirală	normal	17,6			5,2
	orizontal	0,1			0,4
	vertical	0,1		5,6	0,6
	tendinţă	-		-	-
	TOTAL:	18,0	11,7	20,0	6,0
Gir	normal	3,0			4,8
	orizontal	-			0,8
	vertical	0,5		5,6	3,2
	tendinţă	0,1		-	-
	TOTAL:	3,9	3,5	7,3	8,8
vertical TOTAL		5,4	3,5	21,5	28

Rezultă deci o uşoară deviere spre adeltice şi monodeltice în oligofrenie şi psihoze depresive şi spre bideltice în schizofrenie. Totodată, o verticalizare sporită în schizofrenie şi depresie. Cele ce nu rezultă din tabel, dar este evident pe desene, este o tendinţă de omogenitate (un singur tip) a desenelor cu excepţia schizofreniei, cînd în mod foarte haotic găsim diferite tipuri şi sensuri (u sau r) de desene la degete.

Tabel nr.2 Frecvenţa valorilor cantitative totale (TRC)

Nr. de creste	Populaţie	Oligofrenie	Schizofrenie	Depresie
o - 2o	o	4	-	4
2l- 4o	4	8	-	o
4l - 6o	5	lo	-	l2
6l - 8o	7	l8	lo	8
8l-loo	lo	22	3	2o
lol-l2o	l7	l2	6	2o
l2l-l4o	l6	8	lo	24
l4l-l6o	l6	7	23	o
l6l-l8o	l2	4	3o	l2
l8l-2oo	5	4	lo	o
2ol-22o	4	l	3	o
22l-24o	2	o	3	o
24l-26o	l	l	-	o
26l-28o	l	l	-	o
peste 28o	o	o	-	o

Numărul crestelor formatoare de desene sînt variate însă cu grupări caracteristice: între 8o-l8o creste în populaţie; 6o-l2o în oligofrenie şi stări depresive şi peste l6o în schizofrenie.

Tabel nr.3 Frecvenţa valorilor indicelui de intensitate

I.i	Populaţie	Oligofrenie	Schizofrenie	Depresie
l	o	2	o	o
2	o	l	o	o
3	o	5	o	o
4	o	4	o	4
5	o	4	o	4
6	o	o	o	o
7	4	22	o	4
8	6	l9	3,3	4
9	4	l9	6,6	8
lo	2o	lo	l6,6	2o
ll	ll	3	-	l2
l2	8	8	23,3	l6
l3	ll	l	lo,o	4
l4	7	o	6,6	8
l5	5	o	-	4
l6	8	2	6,6	4
l7	5	o	6,6	4
l8	2	o	lo,o	4
l9	5	o	-	o
2o	4	o	6,6	o

Acest indice arată numărul total al deltelor pe zece degete şi demonstrează tendinţa la desene simple în oligofrenie, complex la schizofrenie şi omogenitatea spre bucle în depresie.

Tabel nr. 4 Frecvenţa poziţiei triradiusului palmar t.

Poziţia	Populaţie	Oligofrenie	Schizofrenie	Depresie
t	84	67	44	66
t'	1	7	26	2
t''	o,5	5	5	o
t^u	5	8	lo	22
t'^{-u}	7	7	lo	14
t''^{-u}	1,5	4	5	2
t^b	1	-	-	o
t supl.	o	-	24	o

t - normal este axial şi în limita ariei carpice, faţă de care vedem o distalizare în oligofrenie, distal ulnarizare în schizofrenie, frecvent fiind dublat sau triplat şi proximal ulnarizare în psihoza depresivă.

Tabel nr. 5 Valorile unghiului std.

std	Populaţie	Oligofrenie	Schizofrenie	Depresie
3o-35	13,o	9,o	9,8	o
36-4o	37,o	33,o1	21,4	4o
41-5o	32,5	33,o	34,7	32
46-5o	11,o	lo,o	11,6	22
51-55	4,o	2,5	9,8	4
56-6o	o,5	o,5	6,4	o
61-65	1,o	o	3,2	o
66-7o	o,5	o	3,2	o
71-75	o,o	o	1,6	o
76-8o	o	o	1,6	o

Datorită ulnarizării desenelor, valorile unghiului std nu reflectă fidel gradul de distalizare a triradiusului t.

Tabel nr. 6 Frecvenţa tipurilor palmare TP

Tip. P	Populaţie	Oligofrenie	Schizofrenie	Depresie
alfa	51	87	36	48
beta	29	11	47	42
gama	2o	1,o	16	lo
delta	-	1,o	-	-
epsilon	-	-	1	-

Aranjamentul crestelor principale A-B-C-D arată o evidentă deviere spre tipul alfa în oligofrenie şi la beta în schizofrenie şi în psihoze depresive.

Tabel nr. 7 Prezenţa unui triradius în ariile palmei

Triradiusul	Populaţia	Oligofrenie	Schizofrenie	Depresie
a'	2	5,5	7	4
b'	-	o,5	-	-
c,	l	3,5	5	-
d'	7	ll	3o	8
lipsa c	l	6	-	-
t supra num.	4	2	56	-

Peste dele 5 triradiusuri obişnuite (şi la care aparţine un singur desen de buclă în ariile III sau IV, eventual în hipotenar) găsim o uşoară sporire în oligofrenie, dar o creştere mare în schizofrenie.

Tabel nr. 8 Prezenţa unui desen în ariile palmei

Arii	Desene	Populaţie	Oligofrenie	Schizofrenie	Depresie
I.	monodeltic	l	2,5	-	-
	bideltick	-	-	-	-
II	monodeltic	2	4,5	lo	6
	bideltic	-	-	lo	-
III	monodeltic	55	69,5	74	48
	bideltic	2	-	-	-
IV	monodeltic	46	38,5	6o	6o
	bideltic	l	-	4	-
Th	monodeltic	lo	16	29	6
	bideltic	-	1	7	-
Hy	monodeltic	25	4o	57	24
	bideltic	l	2	18	-
c	monodeltic	l	-	2	-
	bideltic	-	-	1	-
Medie de palmă		1,44	2,34	2,72	1,44

Datele tabelului arată o sporire importantă a figurilor la schizofrenie şi oligofrenie.

Schizofrenicii au frecvent şi 1-2 desene bideltice în palmă. Ceea ce nu rezultă din acest tabel dar este foarte caracteristic pe persoane, este lipsa simetriei bilaterale, mai cu seamă în schizofrenie şi psihoza depresivă. Astfel, pe o palmă găsim drecvent doar 1-2 desene, iar pe cea contralaterală 4-5 desene.

Mai amintim corelarea efectuată cu lotul de persoane examinate în cadrul familiilor (părinţi, fraţi) bolnavilor (5o pers) în care există o coincidenţă evidentă cu figurile bolnavilor ; materialul fiind încă insuficient pentru evaluare statistică.

Statistica corelată cu desenele persoanelor venite pentru expertiza filiaţiunii arată o grupare a desenelor coincidentale cu caracterele bolnavilor din categoria oligofrenicilor respectiv a schizofrenicilor, fiind o deviere netă faţă de populaţie.

Dermatoglifoza este marcată şi în categoria bolnavilor "somatici" care însă este evident diferită faţă de cele mai sus arătate. Astfel, în reumatism (S.B. + P.R) găsim o situare distal ulnarizată a triradiusului t de regulă cu o buclă radială învecinată, în rest coincidental cu "populaţia".

In bolile cronice (ulcerative) ale tubului digestiv este o distal-ulnarizară a triradiusului t, dar fără buclă învecinată, frecvent cu arc radial în hipotenar şi lipsa triradiusului sub - digital c.

Concluzii

Sinteza constatărilor analizate în ansamblul pe caractere , arată prezenţa foarte frecventă a unor dermatoglifoze legate de bolile psihice studiate.

La oligofrenici desenele digitale sînt adeltice sau monodeltice, cu valori cantitative de 8o-14o, desene palmare "clasice" cu cele 5 triradii, din care t distal ulnarizat, cu o buclă radială învecinată tip palmar alfa sau beta.

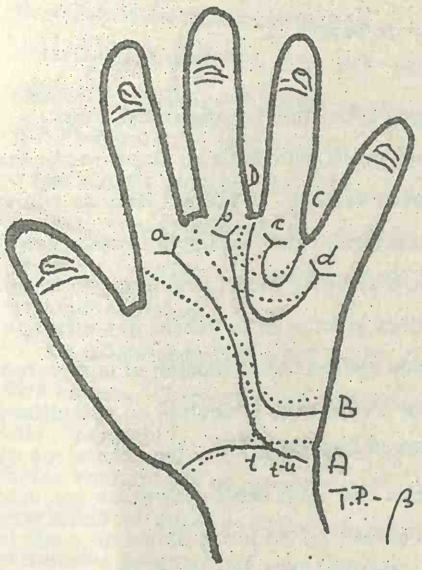
La schizofrenici există frecvente desene bideltice la degete, cu valori cantitative peste 18o şi sens radial; numeroase triradii pe palme cu 46 figuri, dintre care unele bideltice şi lăţite ; triradiusul t mult distal şi ulnarizat , tip palmar beta sau gamma.

In psihozele depresive desenele digito-palmare variabile pe degete, cu valori TRC sub 1oo, verticale. Desenele palmare sînt mai sărace, t-ul proximal fără configuraţie învecinată tip predominant beta.

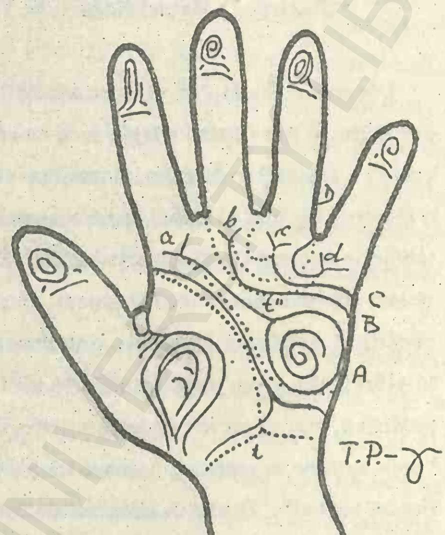
Se pare deci că dermatoglifele ca şi trasoarele genetice vizibile sînt strîns legate de structura morfo-funcţională al sistemului nervos central.

Astfel, studiate cu competenţă şi cu precauţia necesară, promitem o posibilitate de diagnosticare a bolilor psihice încă dinaintea fazei clinic manifestate sau neclare.

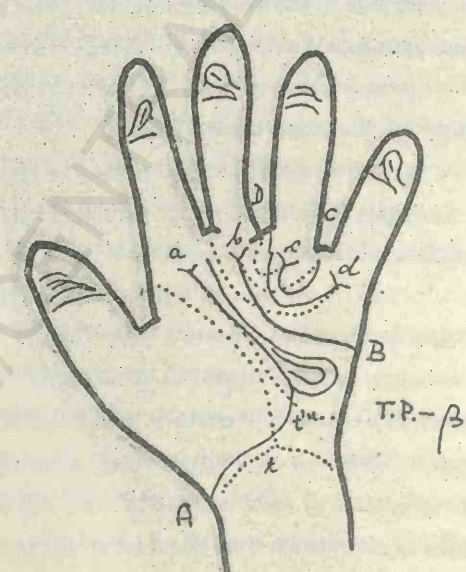
Dermatoglifozele caracteristice pentru bolile psihice studiate. (Liniile palmare principale schiţate punctat reprezintă aspectul obişnuit în populaţie cu tipul palmar "T. P." - alfa).



PSIHOSIS DEPRESSIVA



SCHISOPHRENIA



OLIGOPHRENIA

CONTRIBUTII LA RECUPERAREA PSIHO-SOCIALA A BOLNAVILOR PSIHICI CU AJUTORUL PSIHOTERAPIEI NEVERBALE DE GRUP PRIN GESTURI SI IMPROVIZATII - IN CADRUL L.S.M.TG.MURES

Gh.Grecu, Arpad Nagy, E.Trozner, E.Pantea

Descoperirea şi dezvoltarea tehnicilor de grup constituie incomparabil a doua revoluţie pe care psihoterapia a acunoscut-o după cea a psihanalizei. După o extindere rapidă a tehnicilor de grup, bazate pe comunicarea verbală, în ultimul timp se remarcă o tendinţă tot mai evidentă spre accentuarea caracterului lor lucid prin introducerea unor tehnici semiverbale şi neverbale. Ne referim la o serie de jocuri practicate în tovărăşia şi sub supravegherea unui terapeut, care va sesiza şi va pune în lumină semnificaţia expresiilor motilitare, gestice, mimice, etc., care apar ca jetul spontan al unei persoane în situaţie de grup, reprezentînd în acelaşi timp o realizare simbolică cu semnificaţie analitică, dar şi un act spontan eliberator. Incă de la MORENO provine constatrea că "prin acţiune în metacomunicare se poate exprima mai mult decît s-ar putea comunica numai verbal". Titularul catedrei de învăţare a gesturilor de la facultatea de medicină din Paris, M.L.ORLIC, afirmă că validarea unei personalităţi necesită incontestabil şi învăţarea unor gesturi şi mişcări expresive. Cu ajutorul terapiilor neverbale, prin mişcări, gesturi, simboluri verbale şi acţiuni pantomime se poate corecta încetul cu încetul capacitatea de autoexprimare lezată a bolnavilor. Pentru membrii grupului psihoterapeutici, trăirile comunicate prin mişcări servesc atît perfecţionării, autoexprimării, motilitare proprii cît şi ca model de comportament social.

In această lucrare vrem să relatăm observaţiile noastre obţinute cu ocazia aplicării psihoterapiei de grup neverbale la un număr de 38 de bolnavi psihici, prezentînd diferite forme ale stărilor de defect schizofrenic. Terapia s-a bazat pe elemente de improvizaţii gestice, bolnavii exprimînd ideiile lor proprii fără cuvinte şi fără instrumente ajutătoare. Jocul nu a fost prededat de învăţarea prealabile a unor mişcări, bolnavii folosind în reprezentarea acţiunilor repertoriul propriu de gesturi şi mişcări.

Primele încercări în cadrul L.S.M. Tg.Mureş s-au făcut la începutul anului 1980 cu un grup format din 12 bolnavi schizofreni dispensarizat, după o prealabilă autoexperimentare a metodei de către psihiatrul şi psihologul instituţiei. Am considerat această grupă drept una experimentală, scopul nostru fiind ca să încercăm pas cu pas aplicabilitatea metodei. Timp de 2 luni am efectuat săptămînal cîte 2-3 şedinţe terapeutice cu durata de

o oră, apoi am organizat alte grupe formate din 8-12 persoane, cu plan terapeutic de cîte 2-3 luni, cuprinzînd în total un număr de 38 bolnavi. Au fost selecţionate cazurile de stări de defect recent instalate, tinzînd ca psihoterapia să fie aplicată înaintea organizării deficienţei ca o structură psihologică stabilă. Din punct de vedere psihopatologic grupurile aveau următoarele caracteristici: activitatea halucinatorie slabă sau nulă; delir cu structură laxă sau absent; coeficient de agresivitate redus. Nivelul de inteligenţă a fost relativ ridicat. Vîrsta pacienţilor nu a depăşit 4o de ani. Toţi pacienţii se plîngeau de reducerea impoptantă a capacităţii de a răspunde prin soluţii adecvate la problemele pe care i le adresează realitatea, de pierderea iniţiativei personale pentru sarcini adaptive mai complexe.

La prima şedinţă am dat următoarele instrucţiuni: "Ne vom exprima prin mişcări, fără cuvinte. Orice se poate interpreta ce ne vine în minte, iar cele exprimate prin mişcări, gesturi etc. se pot discuta în cadrul grupului. Acum voi interpreta ceva, iar ulterior vom discuta ce am exprimat". Primele jocuri pantomine au fost uşor de înţeles, exprimînd de obicei un proces de muncă însoţit de manifestări emoţionale, de exemplu: activitatea grădinarului , sculptorului, chirurgului, profesorului, dirijorului, apicultorului, etc. După prezentarea jocului, membrii grupului au fost rugaţi să spună cine a înţeles din cele văzute. Dacă vreunul dintre bolnavi n-a înţeles scena, am recurs la reluarea ei, efectuînd eventual corecţiile cu ajutorul bolnavilor sau al terapeutului. Discutarea "jocului" , a mobilizat de obicei toţi membrii grupului.

In ceea ce urmează redăm un fragment din protocolul unei şedinţe psihoterapeutice. Episodul ce va urma ilustrează că acţiunea simplă de pornire se dezvoltă, devine din ce în ce mai bogată din punct de vedere emoţional, reflectînd trăirile, impulsurile bolnavilor, care de altfel se exprimau greoi prin cuvinte. Vom observa cum se antrenează din ce în ce mai mulţi în procesul jocului.

"V. şi I. joacă un meci de baschet (Amîndoi au practicat acest sport înainte de a îmbolnăvi). Are loc un incident, dar cei doi participanţi la scenă se retrag puţin jenaţi stingheriţi, fără să rezolve situaţia. A. intervine : - Ce-i cu voi?de ce v-aţi supărat fără motiv? Se scoală şi interpretează iar scena, dezvoltînd momentul incidentului, taimînd că neînţelegerea are loc pentru că izbindu-se accidental de un adversar, a încasat o palmă din partea celui lovit. E. interpretează din nou aceiaşi scenă; M. analizînd cele văzute, remarcă: - Eu am observat că atunci cînd a primit palma E. s-a înfuriat şi s-a dus la cineva căruia i-a relatat foarte indignată cele întîlplate. E. întreab[illegible]

- Dar cum se poate exprima frica, pentru că mi-e frică de bătaie?! A. rejoacă din nou scena, încercînd să exprime starea de spirit din timpul încăierării. Se oprește în mijlocul încăperii, face o mișcare impulsivă iar după ce primește palma se poate observa că se autoîncurajează: "trebuie să-mi iau revanșa," ș.a.m.d.

Cu ocazia primelor ședințe a început activitatea de grup, s-au clarificat ideile în legătură cu jocurile desfășurate, membrii grupului au început comunicarea între ei.

Incepînd cu ședințele a 8-9-a, în comportarea membrilor grupului intervine un nou element: preocupări legate de problema vindecării, de gîndul de a scăpa de boală. Conținutul scenelor s-a schimbat, a devenit mai cpmplex. Au urmat scene familiale: excursii în familie, sărbători în familie etc. De la nivelul unui joc simplu, grupele au ajuns în mod progresiv - cu ajutorul exprimării prin gesturi și improvizații - aproape de nivelul psihodramei.

Toți pacienții au putut fi antrenați cu succes în procesul terapeutic. Fiecare s-a aflat în același timp sub antrenament de întreținere, de preferință cu medicamente depot.

Observațiile noastre au fost următoarele:

Cu ocazia psihoterapiei de grup, autoexprimarea la nivel neverbal a augmentat înclinația bolnavilor pentru a se manifesta spontan, deschizînd calea spre comunicarea verbală. Bolnavul inhibat, stînjenit în comunicarea verbală, avea posibilitatea autoexprimării afective. In cursul scenelor interpretate, activititatea celorlalți bolnavi a crescut prin tendința de imitație, nivelul comportamentului social s-a ridicat datorită participării emoționale. In starea posthipnotică, bolnavii s-au exprimat mai ușor prin acțiuni, mișcarea contracarînd îngustarea motivației. Modificarea tabloului clinic a fost reflectată și prin modul autoexprimării motilitare, iar la rîndul ei, perfecționarea mișcărilor a influențat evoluția simptomelor. Prin controlarea propriilor mișcări, discutarea reciprocă a comportamentului prezentat, intensificarea autocunoașterii, terapia a ajutat la reconstituirea modelelor de autoexprimare emoțională și de acțiune și astfel a contribuit semnificativ la resocializarea bolnavilor.

In concluzie, considerăm că această metodă psihoterapeutică constituie un element important în procesul de recuperare și reinserție-socială a bolnavilor psihici.

BIBLIOGRAFIE

1. Barlow, W. - The Alexander Principle (How to use your body). Arrows Bokks, Great Britain, st.Albans , Tritree, Essex (1975).

2. BERNE, E. : What do you asy after you say hello? Grove press Inc., New York, 1972

3. DURAND-DASSIER, J. - Groupes de rencontres. Marathons, Epi. Paris, 1973.

4. ERDELYI ILDIKO, TRINGER LASZLO, FOLLY EVA - Idult neurotikus betegek klub-terápiája keretében alkalmazott csoportmódszer.

5. LEMOINE, G. et P. : Le psychodrome. Ed. : ROBERT LAFFONT, Paris 1972.

6. ORLIC, M. L. : L'education gestuelle. Les Edit. Soc. Francaises, Paris, (1967)

7. PLOEGER, A. - Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie, Theorie und Praxis. Thieme, Stuttgart, 1972.

8. PLOEGER, A. - Gruppen und Soziotherapie in Klinik und Poliklinik, Nervenartz 46, 18, (1975)

9. SIVADON, P. -, GANTHERET, F. : La reeducation corporelle des fondctions mentales. Les . Edit. Soc Francaises, Paris (1969).

MODIFICARILE FUNCTIONALE ALE GLANDEI TIROIDE INDUSE DE ELECTROSOCUL EXPERIMENTAL

Ban V., Neamţu Tr., Perian M.

(Clinia Psihiatrică Cluj)

In prezent electroşocul (E.S).continuă să rămîne o metodă cu eficienţă terapeutică, indiscutabilă în unele stări psihopatologice, frecvent utilizată cu toate că mecanismul său de acţiune rămîne încă insuficient cunoscut. (1)

Mulţi autori consideră că locul principal de acţiune al E.S. este diencefalul (6,7,17).

Rol important în determinarea efectelor E.S. pare să aibă glanda tiroidă. Pînă în prezent, datele cu privire la acest aspect al problemei sînt contradictorii (9,14,15,17,19)

In lucrarea de faţă am studiat efectul E.S. de durată asupra radioiodocaptării tiroidiene.

Material şi metodă

Experimentele s-au efectuat pe un număr de 3o şobolani Wistar, masculi cu o greutate medie de 15o gr, ţinuţi în condiţii obişnuite de laborator.

Animalele de experienţă au fost împărţite în trei locuri experimentale de cîte lo animale, după cum urmează:

Lotul I-martor-format din şobolani normali la care nu s-a aplicat E.S.

Lotul II - format din şobolani normali la care s-au aplicat în total 6 E.S. în timp de 12 zile, deci tot la 2 zile cîte un E.S.

Lotul III . alcătuit din şobolani indemni la care s-au aplicat în total 6 E.S., în timp de 24 zile, deci tot la 4 zile cîte un E.S.

Tehnica de a aplica E.S.

La animalele contenţionate cu blîndeţe, E.S. a fost provocat cu ajutorul unui aparat Simmens prin aplicarea în timp de o,25 secunde a unui curent alternativ de 4o V.

S-au utilizat 2 electrozi de mărimea unei monede de 15 bani, care după umectarea prealabilă în soluţie de Cl Na saturată s-au aplicat direct pe pielea regiunilor temporale epilate.

Pentru evaluarea radioiodocaptării (RIC) la animalele astfel tratate (Lotul II şi III) după 3 zile de la ultimul ES, s-a administrat intraperitonial 131 i, 1 Ci/animal.

Animalele din Lotul I au primit 131 i. în doze şi condiţii identice.

Rezultate:

Din tabelele 1,2,3 reiese că valorile RIC la 2 ore şi 24 ore de la administrarea 131 i

sînt destul de omogene în cadrul aceluiaşi lot, cu excepţia cîtoriva animale care au fost eliminate din calcul.

Dacă luăm ca termen de comparaţie valorile Lotului I, se constată că între nivelul RIC la lotul II şi III, atît la 2 ore cît şi la 24 ore există diferenţe (tabel nr. 7 şi fig. 5)-

La 2 ore se observă o creştere n.s. (p o,o5) a RIC tiroidiene la lotul II faţă de lotul I (tab. nr. 4 şi fig. nr. 1). La lotul III comparativ cu lotul I nivelul RIC este f.s. scăzut (p o,ool)/tab nr. 5 şi fig. nr. 2) . Dacă la acelaşi interval de timp se compară valorile RI C de la animalele lotului II şi III se consttată că la lotul III nivelul RIC este f.s. scăzută (p o,ool) faţă de valorile lotului II (tab. nr. 6 şi fig. nr. 3).

La 24 ore - se înregistrează o creştere n.s. (p o,o5) a RIC la lotul II faţă de lotul I (tab nr. 4 şi fig, nr. 1) şi o scădere f.s. (p o,ool) a valorilor RIC obţinute la lotul III atît faţă de lotul I (tab. nr. 5 şi fig. nr. 2) cît şi faţă de lotul II (tab nr. 6 şi fig. nr. 3).

Interpretarea rezultatelor

Analiza comoarativă a RIC obţinute la 2 şi 24 ore în cele trei loturi de animale arată că lotul II nivelul RIC la ambele intervale este uşor crescut faţă de lotul martor, în timp ce la lotul III ambele valori sînt foarte semnificativ scăzute faţă de lotul martor.

Aceasta înseamnă deci , că în condiţiile experimentale aplicate lotului II se produce o stimulare moderată a funcţiei tiroidiene, în timp de în condiţiile aplicate lotului III are loc o inhibiţie exprimată a funcţiei tiroidiene.

Intrucît singururl parametru variabil în cadrul metodelor experimentale aplicate loturilor II şi III a fost intervalul dintre electroşocuri, considerăm că aceasta este factorul răspunzător de modul diferit de reacţie a glandei tiroide la animalele din cele două loturi.

Datele din literatură, după cum arată (18) sugerează existenţa unei variabilităţi funcţionale a glandei tiroide de dependente, printre altele de repartiţia în timp a agenţilor stressanţi.

Intensificarea funcţiei tiroidiene la lotul II concordă cu unele rezultate experimentale obţinute de alţi autori pein aplicarea ES repetat în condiţii experimentale în bună mpsură diferite de ale noastre (NOVELLI şi MASINI (cit. 9), VERFOZZI (cit. 9), NEMETH(11), STERESCU şi colab (16).

Unii autori, la fel ca în cazul lotului III găsesc o diminuare a funcţiei tiroidiene după ES (REICHLIN şi O'nEAL (14), sau după alte forme de stress ca: înnotul forţat (2), stressuri chirurgical (3), deshidratarea şi înfometarea (2), căldura ridicată (9, 18), stressuri

neurogen prin imobilizarea sau stressul vînătoarei (9).

E de presupus că răspunsul funcţional al glandei tiroidiene la ES este determinat pe cale neuro-vegetativă şi umorală. Pe primul plan pare să stea TRH elaborat la nivelul hipotalamusului care prin intermediul adenohipofizei influenţează funcţia secterorie a glandei tiroide (9,8,18).

Stimulul stressant - în cazul nostru ES - în funcţie de intensitatea şiritmul de aplicare poate acţiona ca un factor de stimulare asupra centrilor hipotalamicii determinînd intensificarea secreţiei de TRH, sau împotriva , o diminuare a activităţii acestor centrii prin epuizare - însoţită de scăderea secreţiei de TRH şi STH (RYAN şi colab. 15)

In interpretarea rezultatelor noastre experimentale, desigur trebuiesc luate în considerare şi mobilizările determinate de ES în ce priveşte secreţia altori hormoni ca: ACTH, glucocorticoizii, catecolaminele, oxitocina, ş.a . Or se ştie că ACTH glucocorticoizii şi catecolaminele , în doze mari au o acţiune inhibitoare asupra funcţiei tiroidiene (9,1o,18,12) în timp ce oxitocina produce o activare a funcţiei tiroidiene (17,1).

CONCLUZII

1.- La şobolan, aplicarea repetată de ES produce modificări funcţionale evidente asupra glandei tiroide, modificări ce depind de ritmul de administrare al ES.

2.- La o serie de 6 ES aplicate în timp de 12 zile, cu intervale de 2 zile între ES apare o creştere nesemnificativă a RIC.

3.- La o serie de 6 ES aplicate la timp de 24 zile, cu intervale de 4 zile între ES apare o diminuare foarte semnificativă a RIC.

4.- Sensul modificării funcţiei tiroidiene în cursul experimentului cronic prin aplicarea ES depinde printre altele de ritmul de aplicare a ES.

5.- Chiar dacă datele noastre experimentale obţinute pe animale nu pot fi extrapolate în clinica umană fără o prealabilă verificare, ele ar putea servi totuşi, ca punct de plecare în cercetarea clinică a medicului psihiatru.

BIBLIOGRAFIE

1. ALLEN,J., P.DENEY D., KENDALL,J.W., BLACHLY P.H. - Amer J.Psychiatr. 1974, 131/11, 1225-1228.

2. ARDELEANU ALEXANDRU - St.cercet.fiziol.197o, 15/1, 77-9o.

3. COLAN MONICA : - Teză de doctorat, Cluj-Napoca, 1975.

4. FENDLER,K., RAKOCZI I, HILDA ZIBOTICS - Acta Psyhiol.Acad.Sci.Hung.1966, 29/1, 41-46.

5. HOGAN - CIUPALA MARIA ELENA - Teză de doctorat, Tg.Mureş, 1971.

6. DELAY. - Ann . Med. Psychiol 1943, 12, 3-4, 67-83.

7. DELAY. J. - L'electrochoc et la psycho-physiologie. Ed. Masson, Paris, 1946.

8. MARTIN J.B., REICHLIN S. - Science, 197o, 168/3937, 1366/1368.

9. MILCU St.M., LUPULESCU.A., SAHLEANU V., RUXANDRA HOLBAN - Fiziopatologia experimentală a glandei tiroide. Ed. Acad.R.P.R. Bucurelti, 1973, 61-174.

1o. NEGOIESCU I. ANCA CONSTANTINESCU, CONSTANTINA HELTIANU, MARIA DON, - Rev. Roum. Endocrinol. 1969, 6/2, 119-125.

11. NEMETH S. - Schweiz, Med. Wschr. 1958, 88/1o, 242-244.

12. PETRESCU. V., LAURENTIU CORNELIU. - Teză de doctorat Cluj-Napoca, 1975.

13. PREDESCU. V. - Psihiatrie, Ed. Med. Bucureşti, 1976, 4o4-41o

14. REICHLIN S., O'NEAL L.W. - J.Clin. Endocrin. Metab. 1962, 22/4, 385-388.

15. RYAN R.J., SWANSON D.W., FAIMAN C., MAYBERRY W.E., spadoni A.J. - J.Clin. Endocrin. Metab. 197o, 3o/1, 51-58

16. SIRBU A. - Manual de psihiatrie - 1973, Cluj.

17. VERTES MARIETTA , KOVACS C.S. - Acta physiol. Acad. Sci. Hung. 1965, 26/4, 329-335.

18. WERNER C.S., INGBAR S.H. - Ed. The Thyroid A fundamental and clinical text. New York , London, 1971, 95-161.

UNELE ASPECTE ALE DETERMINARII CONDUITEI CONDUCATORULUI AUTO DE CATRE NOTELE CARACTERIALE, RELIEFATE PRIN TESTUL P.F.-T. ROZENZWEIG (PICTURE FRUSTRATION TEST) SI CHESTIONARUL S.E. (STABILITATE EMOTIVA)

Manuela Marcu, B.Gyorgy, Doina Podaru

I. Problematica lucrării:

Cercetările recente orientate spre determinarea profilului psihologic al conducătorului auto, metodele psihotehnice utilizate în selecţia persoanelor apte pentru conducerea autovehiculului, investigaţiile psihosociologice rutiere aşează din ce în ce mai mult în centrul atenţiei criteriile practice de investigaţie.

Dacă pînă în prezent preocupările psihologice au visat în mod deosebit determinarea valorilor funcţionale ale unor procese psihice (mobilitatea atenţiei, capacitatea de concentrare, timpul de reacşie etc) precum şi relevarea unor corelaţii între diferite însuşiri psihice şi factori extrapsihici, (ex.corelaţia între vîrsta cronologică şi adaptarea la normele traficului rutier - Maier 1954 - sau corelaţia între oboseala şi predispoziţia pentru producerea accidentelor rutiere - Borneman 1951), azi cercetările se îndreaptă din ce în ce mai mult pe determinarea factorilor componenţi ai personalităţii mature, apte pentru conducerea autovehicolului.

Aptitudinile şi însuşirile psihologice constitutive ale profilului psihologic al conducătorului auto îşi manifestă valoarea funcţionalităţii pe un fond caracterial, însuşirile nonintelectuale ale personalităţii avînd rolul coordonator în funcţionarea acestora. Astfel, percepţia vizuală, capacitatea de orientare parţială, capacitatea de concentrare, realizarea rapidă şi corectă a reacţiilor metrice, coordonarea mişcării mîini, picioare, ochi, inteligenţa practică se află în relaţie de dependenţă faţă de temperament, motivaţie, stabilitate emotivă, perseverenţă etc.

Există cercetări încă din anii '2o care fac categorizarea psihologică a conducătorilor auto pe baza notelor de personalitate (ex. F.Geise, Pappelreuter) dar aceste cercetări privesc doar persoanele care au provocat accidente rutiere. Alte cercetări caută corelaţia între accidentele rutiere şi atitudinile antisociale.

In cercetarea personalităţii conducătorului auto, metode anamnezei, studierea datelor biografice, chestionarele pentru determinarea stabulităţii emotive şi testele proiective au o eficienţă din ce în ce mai mare, reliefînd consecinţele negative ale

unor influenţe nocive în cadrul microgrupului din care face parte individul, ale stărilor frustrante anxioase, ale studiilor şcolare insuficiente etc.

Cercetările arată că există o puternică corelaţie între abaterile de la normele şi regulile circulaţiei rutiere şi abaterile de la normele convieţuirii sociale. O persoană agresivă, impulsivă sau irascibilă lîngă volan prezintă un real pericol în circulaţia rutieră. Vitezele excesive, depăşirile în situaţiile critice, nerespectarea semnelor indicatorilor circulaţiei, pot fi uneori expresia unei personalităţi frustrate, care printr-o atitudine agresivă de compensaţie încearcă să-şi restabilească echilibrul psihologic. Elementele unor stări frustrative din subconştientul individului, labilitatea afectivă - prin impulsurile neconştientizate estompează simţul autocritic şi autocontrolul, duce la scăderea vigilenţei, şi responsabilităţii faţă de partenerii participanţi la traficul rutier.

Examinarea psihologică a acestor persoane, prin gravitatea responsabilităţii ce o poartă impune o investigaţie psihologică profundă şi exigentă, în vederea diagnosticării profilactiee şi reorientării profesionale a persoanelor în cauză în caz de nevoie.

Printre multiplele procedee de evaluare a dimensiunilor personalităţii, procedeele psihotehnice de proiecţie constituie mijloace eficiente de investigaţie, reliefînd factorii care determină manifestarea comportamentală atît de variată a persoanei în situaţii diverse de viaţă. Expresia comportamentului în situaţiile conflictuale regizate , în situaţiile experimentale, ne dau informaţii preţioase în legătură cu echilibrul psihic al persoanei, cu capacitatea de stăpînire a emoţiilor şi a impulsurilor agresive în situaţii conflictuale reale. Gradul de stăpînire a agresivităţii, direcţionarea ei, precum şi gradul de toleranţă frustrativă sînt expresia maturităţii personalităţii, ceea ce trebuie să constituie obiectivul principal al examenului psihologic de selecţie a conducătorilor auto.

Comportamenul social uman este determinat de norme sociale de convieţuire în comun. Astfel, reacţiile persoanei la înfrustraţiile în situaţiile conflictuale sînt coordonate de factori mentali, în context valoric şi coordonate moral-etice. Dacă în lumea animală "agresivitatea " are un caracter adaptiv, agresivitatea umană dezintegrează structura socială, avînd caracter inadaptiv în toate situaţiile, indiferent în ce direcţie se orientează.

II. Obiectivele principale ale investigaţiei, şi ipoteza de lucru:

Analizînd multiplele cauze ale evenimentelor rutiere, constatăm că într-un procentaj preponderent predomină frecvenţa vitezelor excesive, neadaptate la condiţiile de circulaţie, depăşirile riscante, neasigurate, neacordarea priorităţii şi îngreunarea situaţiei acelui automobil care deja s-a angajat în depăşire. Traducînd fenomenele acestea în limbaj psihologic, observăm că avem de - a face cu manifestări comportamentale inadecvate, cu note de agresivitate, cu tendinţe de dominare cu orice preţ a situaţiei şi cu tendinţă de epatare. Presupunem că ar fi o corelaţie semnificativă între frecvenţa abaterilor grave de la regulile de circulaţie rutieră şi manifestări caracteriale deficitare.

In prezenta lucrare ne-am propus să relevăm cu ajutorul testului de proiecţie Rosenzweing şi a chestionarului de stabilitate emotivă, gradul de corelaţie între frecvenţa abaterilor de circulaţie şi agresivitatea, ca însuşire negativă a personalităţii. Totodată, ne-am propus să determinăm toleranţa de frustrare a persoanelor cu abateri, care s-au soldat cu suspendarea permisului de conducere, folosind ca termen de referinţă persoanele fără abateri mai serioase şi gradul de stabilitate emotivă la ambele categorii de conducători auto.

III. Organizarea şi metodica cercetării:

In experimentul nostru au fost cuprinse 2o de persoane cu o vechime de cel puţin 5 ani în funcţie de conducător auto, din care lo persoane fără accidente sau evenimente rutiere deosebite, şi un lot de lo persoane implicate în evenimente rutiere sau cu abateri de la normele circulaţiei, cu permise de conducere suspendat.

Au fost utilizate : testul de proiecţie Rosenzweig (Picture Frustration Test) şi chestionarul de stabilitate emotivă elaborat de Laboratorul de Ergonomie din cadrul Universităţii "Babeş Bolyai" din Cluj-Napoca, precum şi analiza datelor biografice.

Datele obţinute au fost valorificate doar în plan statistic, fără analiza de caz.

In organizarea experimentului ne-am străduit să creăm o atmosferă de lucru degajată, plăcută, încît persoanele cuprinse în experiment să dea răspunsuri sincere şi să se comporte cît mai natural

Pe lîngă analiza experimentală a fenomenelor studiate, lucrarea se bazează şi pe o bibliografie de specialitate selectvă menită să prezintă argumente teoretice convingătoare enunţurilor emise.

Subiecţii cuprinşi în investigaţia noastră sînt încadraţi ca loc de muncă la Autobaza nr. 2 din municipiul Tg. Mureş, avînd continuitate neîntreruptă acelaşi loc de muncă cel puţin 5 ani.

IV. Rezultatele obţinute şi interpretarea lor

In prelucrarea datelor obţinute prin răspunsurile subiecţilor am efectuat mai întîi notarea răspunsurilor, conform indicilor din test, stabilind valorile "indexului G.C.R" (Grup Conformity Rating), adică am exprimat cifric în ce măsură reacţiile individuale ale subiecţilor date în situaţiile conflictuale de frustraţie corespund sau diferă de valorile medii standard ale unei populaţii reprezentative. Aceste valori sînt cuprinse în tabelul nr. 1, şi sînt raportate la valorile standard din etalonul testului.

Valorile "indexului GCR" ale grupurilor I şi II

Grupa I			Grupa II		
Numele prenumele	Valori ind. %	Valori (T) std %	Numele. pren-%	valori ind. %	Valoei (T) std %
F.D.	53,1	45	L.A.	32	3o
F.K.	25	3o	B.I.	47,5	4o
A.J.	4o,6	85	B.V.	24	3o
G.B.	54	45	B.E.	43	35
H.F.	49	4o	T.Z.	45,2	4o
L.G.	44,2	4o	A.T	52,6	45
N.Z.	57,1	5o	V.E.	27	3o
D.F.	4o	35	L.C.	56,2	6O
B.A.	7o	6o	B.Z	271	3o
G.I.	5o,3	45	E.V.	38,2	35

Valorile "indexului GCR" prezintă o semnificaţie peste persoane. Analizînd tabelul prezentat observăm ca în grupa I doar 2 subiecţi au valori sub limita 4o, în comparaţie cu grupa a II-a unde 6 subiecţi prezintă valori sub limită. Nici-o persoană nu are valori peste limita 6o, deci toţi subiecţii cu valori sub limita 4o prezintă GCR negativ, adică este exprimată tendinţa de adaptare socială deficitară, tendinţă de epatare şi nonconformism, cu elemente de dominare. Ca prima concluzie constatăm că frecvenţa valorilor scăzute "indexului GCR" cu orientare negativă este mai mare în grupa a II-a.

Ierarhizînd subiecţii din grupa IIa pe baza valorilor "indexului GCR" pe de o parte

şi pe baza frecvenţelor unor evenimente rutiere din ultimele 5 ani, pe de altă parte, (am înţeles prin aceasta evenimente care s-au soldat cu pagube materiale ori cu sancţiuni din partea organelor de miliţie), am alcătuit tabelul nr. 2 în vederea determinării gradului de corelaţie între cele două variabile, prin metoda corelaţiei rangurilor.

Tabel nr. 2

Nr. even. rutier	Subiecţi	clasificarea (rangul) după			
		Gradul de agres. GCE	Frecvenţa even-rut.	d	d^2
8	BV	1	3,5	2,5	6,25
11	BZ	2,5	1	1,5	2,25
3	VE	2,5	10	7,5	56,25
9	LA	4	2	2	4
6	EV	5	5,5	0,5	0,25
8	BE	6	3,5	2,5	6,23
5	TZ	7	7,5	0,5	0,25
6	BI	8	5,5	2,5	6,25
6	AT	9	7,5	1,5	2,25
4	LC	10	9	1	1
N = 10				d^2 =	85

$$q = \frac{1-6\,d^2}{n\,(N^2-1} = \frac{1-85}{10(100-1)} = 1-\frac{510}{990} = 1-0,52 = 0,48$$

Coeficientul de corelaţie obţinut (q= 0,48) raportat la valoarea standard, ne indică o corelaţie semnificativă dar moderată între cele două variabile studiate, adică putem afirma că agresiunea prezentă în manifestările comportamentale are legătură directă cu frecvenţa incidentelor rutiere.

Analizînd valorile standardizate ale celor 6 factori din profilul psihologic individual, alcătuit în urma aplicării testului şi înregistrate în protocolul experimentului, relevăm următoarele aspecte:

- în grupa a IIa peste 50% din subiecţi prezintă valori ridicate de "factorului E" în coloana E-D, unde valorile standard sînt mai mari decît ka subiecţii din grupa I Totodată, punctajul obţinut la chestionarul S.E indică tendinţa de altitudine paranoică a acestor persoane. Valorile ridicate ale factorilor de mai sus indică o toleranţă scăzută în cazuri conflictuale, şi rezolvarea acestora prin atitudine agresivă.

- comparînd subiecţii celor două grupe după valorile "factorului I" din coloana E-D (aceasta indicînd simţul autocritic, şi gradul de responsabilitate), constatăm că nici-un subiect din grupa IIa nu are valori ridicate, ceea ce ne indică o mobilitate excesivă, irascibilitate şi impulsivitate.

Sînt semnificative valorile scăzute ale "factorului M" în coloana E-D, la subiecţii din grupa IIa, factor care indică toleranţa la frustraţie şi căutarea soluţiei prin aplanarea conflictului. Din acest punct de vedere, subiecţii din prima grupă sw dovedesc mai "realişti", au reacţivitate moderată. Această sonatatre este confirmată şi prin valorile ridicate în coloana N-P a subiecţilor din prima grupă, aceasta fiind expresia obţiunii pentru soluţii practice de rezolvare a situaţiei conflictuale şi existenţa unui control emoţional accentuat.

Nu s-au constatat semnificaţii deosebite în compararea valorilor din coloana C-D, acelor două categorii de subiecţi. Procentajul fiind aproximativ egal (2o%) se consideră că, caracterul conflictual al situaţiei este determinat de factori obiectivi, dominanţi.

In analiza factorilor prezentaţi am luat în considerare mai ales acele valori care s-au situat în afara limitelor 4o-6o, aceste valori avînd semnificaţii mai accentuate.

V. Concluzii finale

- In urma analizei şi valorificării datelor experimentului s-a confirmat ipoteza de lucru: există o corelaţie semnificativă între frecvenţa abaterilor de circulaţie şi comportamentul deviant, exprimat prin agresiune, epatare, tendinţă de dominare şi toleranţă scăzută.

- constanţa echilibrului dinamic emoţional are importanţă deosebită în conducerea autovehicolului şi în evitarea evenimentelor rutiere;

- persoane cu un comportament normal în situaţii de viaţă obişnuite, pot manifesta în situaţii conflictuale atitudini deviante necorespunzătoare, instabile, animaţi de impulsuri subconştiente, cu caracter emoţional;

- studierea psihologică profundă a personalităţii conducătorului auto se impune ca o necesitate obiectivă, completînd procedeele obişnuite de examinare, deoarece deprinderile de conducere bine formată nu asigură în totalitate şi siguranţa circulaţiei, ele fiind coordonate de factori caracteriali;

- structura carecterială a personalităţii nefiind de natură creditară, ea poate fi influenţată prin mijloace de educaţie şi convingere, poate fi formată şi maturizată. Aceasta cade în sarcina colectivului de muncă şi a conducerii acestuia.

C U P R I N S

...oooOOOooo...

Litografia I. M. F. TIRGU-MURES

Comanda Nr. 5458 / 1982